Karina Reiss
Sucharit Bhakdi

CORONA FEHLALARM

• Zahlen, Daten und Hintergründe



GOLDEGG

Inhaltsverzeichnis

Für unseren Sonnenschein
an dunklen Tagen,
Jonathan Atsadjan

Einführung – Beginn eines Albtraums?

Die ersten Monate des Jahres 2020 sind auf der ganzen Welt von einem einzigen Albtraum geprägt: Corona. Furchtbare Bilder aus China, dann aus Italien und anderen Ländern. Hochrechnungen, wie viele unzählige Tote es geben würde – gepaart mit Bildern von Hamsterkäufen und leeren Supermarkt-Regalen. Der mediale Alltag ist geprägt von Corona, morgens, mittags, abends – wochenlang, im Radio, Fernsehen, Internet und selbst auf der Wetter-App des Smartphones läuft ein Corona-Ticker. Dazu drakonische Quarantäne-Maßnahmen auf der ganzen Welt. Trat man vor die Tür, war man in einer surrealen Welt – keine Menschenseele, stattdessen leere Straßen, leere Städte, leere Strände. In Deutschland wurden die Menschenrechte eingeschränkt wie noch nie zuvor seit Entstehung der Bundesrepublik. Der Zusammenbruch des Soziallebens und der Wirtschaft wurde in Kauf genommen. Etwas, was nur geschehen darf, wenn das Land von einer wirklichen Gefahr bedroht ist. Ist das wirklich der Fall gewesen?

Wie alles begann

Im Dezember 2019 traten in der chinesischen Millionenstadt Wuhan in der Provinz Hubei auffällig viele Fälle von Erkrankungen auf, bei denen die Patienten offensichtlich mit einem neuen Virus aus der Corona-Familie infiziert waren. Das neue Virus erhielt später den Namen SARS-CoV-2 und die damit einhergehende Atemwegserkrankung COVID-19. Der Ausbruch entwickelte sich im Januar 2020 in China zur Epidemie und breitete sich zunächst in die Nachbarländer und schließlich weltweit aus(1)(2)(3).

Corona-Viren – Basics

Diese Viren kommen bei Mensch und Tier weltweit vor und unterliegen einem ständigen Wandel(4)(5). Es ist also eine Großfamilie mit etlichen Verwandten. Die »normalen« Corona-Viren sind weltweit für 10 bis 20 %

der herkömmlichen Erkältungen verantwortlich und verursachen Symptome eines klassischen grippalen Infekts. Viele Menschen stecken sich jedoch an, ohne es überhaupt zu bemerken, denn bei ihnen bleibt die Infektion symptomlos(6). Andere bekommen leichte Symptome, insbesondere Husten ohne Auswurf, bei anderen gesellen sich Fieber und manchmal Gliederschmerzen dazu. Nur in seltenen Fällen werden schwerste Verläufe bei älteren Menschen mit Vorerkrankungen des Herzens oder der Lunge beobachtet, die auch tödlich enden können. Aufgrund ihrer geringen klinischen Bedeutung werden kostspielige diagnostische Maßnahmen zur Feststellung von Corona-Virus-Infektionen selten ergriffen. Ebenso bedeutungslos ist die Suche nach antiviralen Wirkstoffen oder die Entwicklung von Impfstoffen.

Nur zwei Mitglieder der Corona-Familie sorgten bislang für Aufsehen. 2003 hielt die Welt den Atem an, als das SARS-Virus (offizieller Name: SARS-CoV) die Bühne betrat. Dieses Virus war im Gegensatz zu den »normalen« Corona-Viren tatsächlich gefährlich (Letalität ca. 10 %), allerdings nicht hochansteckend, sodass seine Ausbreitung durch gängige Isolierungsmaßnahmen unter Kontrolle gebracht werden konnte und weltweit »nur« 774 Tote gezählt wurden(7)(8). Trotz dieser »überschaubaren« Gefährlichkeit führte die »SARS-Angst« global zu einem wirtschaftlichen Verlust von 40 Milliarden US-Dollar(7). Corona-Viren gerieten danach in Vergessenheit, bis 2012 ein neues Familienmitglied namens MERS-CoV auftauchte, welches im Mittleren Osten für Aufsehen sorgte, da die Letalität bei über 30 % lag. Doch auch dieses Virus stellte sich am Ende als wenig ansteckend und mit weltweit 858 Todesfällen ebenfalls nicht als globale Gefahr heraus(9).

Startpunkt China – ein neuer Subtyp scheint besonders gefährlich zu sein?

Als die Meldung aus China kam, dass ein neues Familienmitglied nun die Bühne betreten hätte, war die wichtigste Frage: Würde es harmlos sein wie seine »normalen« Verwandten oder ein SARS-Typ, hochgefährlich, oder gar noch schlimmer als SARS, hochgefährlich und hochansteckend?

Die medialen Bilder und ersten Daten aus China ließen Letzteres befürchten. Das Virus breitete sich rasant aus und führte anscheinend zum

Tod von vielen Menschen. Was war zu tun? China, das Land, in dem die Menschenrechte noch nie hoch im Kurs standen, setzte auf radikale Maßnahmen. Wuhan und fünf weitere Städte wurden vom Militär komplett von der Außenwelt abgeriegelt. Laut offizieller Statistik werden am Ende der Epidemie 83.000 Infizierte gemeldet und weniger als 5.000 Todesfälle. In einem Land mit 1,4 Milliarden Menschen eine verschwindend geringe Zahl. Der Lockdown scheint funktioniert zu haben – oder war das neue Virus vielleicht gar nicht so gefährlich? Egal – China wird zum Vorbild für (fast) die ganze Welt.

Dann kam die schlimme Kunde aus Norditalien: Auch dort verbreitete sich das Virus rasch und es verstarben alarmierend viele Menschen. Furchtbare Bilder wurden von den Medien verbreitet, »Zustände wie in Kriegszeiten«, hieß es(10).

In anderen Teilen Italiens und auch in vielen anderen Ländern war die »Todesrate« von Corona-Virusinfektionen jedoch deutlich niedriger – so zum Beispiel in Südkorea.

Kann es sein, dass ein und dasselbe Virus in unterschiedlichen Ländern mehr oder weniger gefährlich ist?

Wohl kaum.

Wie »gefährlich« ist das neue »Killervirus«?

Im Vergleich zu den herkömmlichen Corona-Viren

Eine Aussage zur »Gefährlichkeit« der »neuen« Corona-Viren war lange nicht möglich. Insbesondere weil es keine verlässliche Datenerhebung gab und die Zahlen willkürlich durcheinandergewürfelt wurden. Von Anfang an wurde durch das vereinte Wirken von Politik und Medien ein verzerrtes und irreführendes Bild verbreitet. Im Gegensatz zu den alltäglichen Corona-Viren wurde eine gezielte Jagd auf die neue Variante gestartet. Jeder positive Nachweis wurde als neuer »Fall« registriert, ohne zwischen »Infektion« und ernster Erkrankung zu unterscheiden, wie es die Infektionskunde gebietet. Dadurch entwickelte sich das Virus in Windeseile zur scheinbar großen Gefahr für die Welt, weil die Zahl der Infektionen – fatalerweise gleichgesetzt mit Krankheitsfällen – mit der Zahl der durchgeführten Nachweise steil in die Höhe schnellte. Ebenso schlimm: Jeder verstorbene Mensch, bei dem das Virus nachgewiesen wurde, wurde offiziell ins Register der Corona-Opfer eingetragen. Das geschah und geschieht bis heute und stellt einen Verstoß gegen ärztliche Leitlinien dar(11).

Erstes Licht in die Dunkelheit kam durch eine französische Studie(6). In dieser wurden Patienten mit Atemwegserkrankungen auf das Vorhandensein von vier herkömmlichen Corona-Viren im Vergleich zu SARS-CoV-2 untersucht. Ohne zu unterscheiden, ob die Patienten mit oder an dem Virus verstorben sind, kamen sie dennoch zu dem Ergebnis, dass es bei der Anzahl der Verstorbenen keinen signifikanten Unterschied in beiden Gruppen gab. Es spielte keine Rolle, ob man ein normales, bisher unbeachtetes Corona-Virus bei sich trug oder das neue »Killervirus«. Die Autoren kamen zum Schluss, dass das »COVID-19-Problem« wahrscheinlich überschätzt wird.

Seit der Veröffentlichung dieser wissenschaftlich fundierten Studie am 19. 03. 2020 sind keine vergleichbaren Studien erschienen, die dieser Schlussfolgerung widersprechen würden.

Hinsichtlich der Anzahl an Todesfällen

Um zu beurteilen, wie gefährlich ein Krankheitserreger ist, schaut man am einfachsten zunächst – Punkt 1: Wie viele Menschen sind infiziert?, und Punkt 2: Wie viele von den Infizierten sterben an dem Erreger? Schauen wir uns zunächst Punkt 1 an.

Punkt 1: Wie viele Menschen waren infiziert?

Hier stehen wir vor drei immensen Problemen.

- Problem 1: Wie gut ist der Test, mit dem die Infektion nachgewiesen wird?

Solange die Viren sich im Nasen-/Rachentrakt aufhalten – also für gut zwei Wochen –, kann man sie nachweisen, indem man das Vorhandensein ihrer »Erbsubstanz« bestimmt. Der erste für die neuen Corona-Viren entwickelte Test stammte aus dem Labor von Herrn Drosten(12).

Später haben auch andere Forschungslabore eigene Testverfahren entwickelt(13). Wie gut ein solcher sogenannter PCR-Test ist, kann man normalerweise anhand der Zahlen für die »Spezifität« und »Sensitivität« ablesen. Sie besagen, wie viele falsch-positive oder falsch-negative Ergebnisse man bekommt. Für den weltweit verwendeten Test aus dem Drosten-Labor sind solche Daten bis zum heutigen Zeitpunkt nicht vorhanden, sodass keine Aussage über die Qualität des Tests möglich ist. Was sagt denn Herr Drosten selbst zu diesem Thema auf Twitter(14)?

> » Klar: Gegen Ende des Verlaufs ist die PCR mal positiv und mal negativ. Da spielt der Zufall mit. Wenn man Patienten 2 x negativ testet und als geheilt entlässt, kann es zu Hause durchaus noch mal zu positiven Testergebnissen kommen. Das ist deswegen noch längt keine Reinfektion.

Aha. Tatsächlich wurde diese Aussage von einer uns bekannten Ärztin bestätigt, die sich auch mit dieser Frage beschäftigte und an mehreren Tagen hintereinander einen symptomatischen Corona-Patienten während seines Aufenthaltes im Krankenhaus testete – erst positiv, dann negativ, dann

positiv, dann negativ etc., wohlgemerkt nicht am Ende des Krankheitsverlaufs, sondern mittendrin. So viel zur Aussagekraft des Tests. Wen wundert es da noch, dass in Tansania selbst Ziegen und Papayas Corona-positiv getestet wurden?

Die Kritik des tansanischen Staatschefs an den mangelhaften Testkits wurde selbstverständlich von der WHO sofort zurückgewiesen(15).

Wären die Ziege und die Papaya in Deutschland positiv getestet worden, hätte das Robert-Koch-Institut (RKI) wahrscheinlich empfohlen, in Zukunft 1,5 m Abstand zu allen Ziegen zu halten und nie wieder Papayas zu essen, zu hohes Infektionsrisiko.

Nun, dass der Test fehleranfällig ist, ist klar(16)(17). Wie sehr, wissen wir nicht wirklich, dafür bräuchte man mehr Daten. Tatsächlich gibt es allerdings keinen Labortest, der 100 % zuverlässig ist.

Nehmen wir trotzdem mal an, er ist wirklich unglaublich gut und liefert 99,5 % korrekte Ergebnisse – das hört sich toll an, doch wären dann immer noch 0,5 % falsch. Betrachten wir als Beispiel das Kreuzfahrtschiff »Mein Schiff 3«. Nachdem dort ein Crew-Mitglied positiv auf Corona getestet worden war, mussten die knapp 2.900 Besatzungsmitglieder, die zuvor in aller Welt eingesammelt worden waren, in »Schiff-Quarantäne« bleiben. Menschen aus 73 Nationen, von denen einige seit neun Monaten ohne Unterbrechung auf See waren. Sie klagten über »knastähnliche Zustände«, psychische Probleme grassierten, die Nerven lagen blank(18). Hier hätte man durchaus mit 15 falsch-positiven Ergebnissen (0,5 %) rechnen können.

Nachdem alle getestet wurden, gab es 9 Positive. Einer hatte Husten, alle anderen waren symptomlos. Gehörten sie womöglich zu den 0,5 % falsch-positiven Fällen? Und wenn ja, wo waren die echt-positiven, die gewiss hätten da sein müssen? Wurden sie vielleicht als falsch-negativ getestet? Jedenfalls: Solche Fragen und Spekulationen sind ein Spiel mit bedeutungslosen Zahlen. Weil das Virus eben nicht ein gemeingefährlicher Killer ist.

Im Zusammenhang mit der Frage der falsch-positiven Testergebnisse ist Folgendes überdenkenswert. Wenn eine Epidemie zu Ende geht (in Deutschland war das Mitte April, wie wir sehen werden), bringt es nichts mehr, PCR-Tests zu machen, dann bekommt man irgendwann nur noch das »Hintergrund-Rauschen« bzw. nur noch die falsch-positiven Ergebnisse. So ist es kein Wunder, wenn bei der Untersuchung der Charité-Beschäftigten (7.500) vom 7. bis 21. April nur 0,33 Prozent positiv waren(19). Spätestens

dann muss die ganze Testerei aufhören.

- Problem 2: Selektion oder repräsentativ – wer wurde getestet?

Um herauszufinden, wie viele Menschen bei einer Epidemie infiziert sind, gibt es nur eine allseits bekannte Möglichkeit: Eine repräsentative möglichst große Bevölkerungsstichprobe muss zeitnah (!) getestet werden. Ansonsten läuft man Gefahr, aufgrund von Evidenzmangel falsche Entscheidungen zu treffen. Renommierte Wissenschaftler forderten diese Erhebung bereits zu Beginn, damit es belastbare Daten gibt für den Umgang mit der Epidemie(20)(21) – und wurden ignoriert.

Was passierte stattdessen in Deutschland? Gar nichts. Das RKI gab von Beginn an vor, dass nicht in der Breite, sondern nur gezielt getestet werden sollte – und nur bei Menschen, die auch Symptome zeigten.

Zunächst galt, wer sich in einem Risikogebiet aufgehalten hat und/oder Kontakt mit einem Infizierten hatte und gleichzeitig unter grippeähnlichen Symptomen litt, sollte sich testen lassen. Erst Ende März änderte das RKI die empfohlenen Testkriterien und gab vor: grippeähnliche Symptome und gleichzeitig Kontakt zu einem Infizierten. Ab Anfang Mai durften dann auch Patienten »bei kleinsten Symptomen« getestet werden, wie RKI-Chef Lothar Wieler auf einer Pressekonferenz mitteilte. Es blieb aber beim »strategischen Testen, da ein wahlloses Testen wenig bringe«(22).

Praktisch hing das Ganze sowieso vom jeweils zuständigen Gesundheitsamt ab. Beispiel: Der Trainer einer Damen-Handballmannschaft war Corona-positiv. Die Spielerinnen, alle aus verschiedenen Kreisen, wurden allesamt für 14 Tage in Quarantäne geschickt. Eine Spielerin entwickelte Erkältungssymptome, Husten und Heiserkeit – und wollte getestet werden, hatte aber kein Fieber und wurde deshalb nicht getestet. Die Sportkollegin aus dem benachbarten Kreis, hatte keine Symptome, aber das dortige Gesundheitsamt ordnete die Testung an.

Was haben wir erlebt? Chaos, Planlosigkeit und wissenschaftliche Unfähigkeit.

Um der Frage nach der Ausbreitung des Virus und der damit tatsächlich verbundenen Gefahr nachzugehen, hätte man von Anfang an eine wissenschaftlich fundierte Studie durchführen müssen. Eine möglichst große Anzahl von Menschen in einem Ausbruchsgebiet hätte getestet und später bei positiv getesteten die Antikörper-Antwort bestimmt werden müssen.

Nur eine einzige Studie gab es in Deutschland, die die richtigen Fragen gestellt hat und systematisch an die Sache herangegangen ist – die Heinsberg-Studie von Herrn Prof. Hendrik Streeck, Direktor des Instituts für Virologie an der Universität Bonn. Im Bewusstsein der Wichtigkeit dieser Daten trat er bereits vor dem Ende der Studie vor die Presse und wurde von dieser zerrissen – die Sterblichkeitsrate schien um ein Vielfaches geringer zu sein, als von anderer Seite (z. B. WHO) postuliert(23)(24). Dann trat er am Ende der Studie mit den vollständigen Daten vor die Presse – und wurde wieder zerrissen. Er hatte sich aus verschiedenen Gründen angreifbar gemacht, ein gefundenes Fressen für die Presse. Dabei sprachen die Daten der Studie eine klare Sprache – und widersprachen vor allem der Panik-Propaganda der Medien(25).

- Problem 3: Anzahl an Tests bei einer Erkrankung mit hoher Dunkelziffer

Tatsächlich muss man sich klarmachen, dass die Zahlen an Neuinfizierten, die wir ständig präsentiert bekommen, nichts darüber aussagen, wie viele Infizierte es in unserem Land gibt oder gab. Dieses ergibt sich bereits aus den angesprochenen Problemen 1 und 2 und geht noch weiter. Stellen Sie sich vor, Sie wollten die Anzahl einer bestimmten Sorte von Zugvögeln auf der Mecklenburger Seenplatte zählen. Es sind Hunderttausende, aber Ihr Zählgerät kann nur 5000 am Tag zählen. Sie holen am nächsten Tag einen Kollegen dazu, der kann auch 5000 am Tag zählen, so kommen Sie am nächsten Tag schon auf 10.000 – dann holen Sie noch zwei Kollegen dazu und haben am nächsten Tag gemeinsam schon 20.000 gezählt – kurzum, je höher die Testkapazität/Testanzahl, desto höher die Zahlen – solange es eine große Dunkelziffer gibt. Die Dunkelziffer bei COVID-19 ist enorm groß, da eine erhebliche Anzahl an Infektionen ohne bzw. mit milden Symptomen verläuft(25–29).

Kurzum: Je mehr getestet wird, desto mehr »Corona-Infizierte« bekommen wir. Man spricht von einer »Laborpandemie«.

Nun rufen wir uns wieder in Erinnerung, dass der Nachweis weder 100 % spezifisch noch 100 % sensitiv ist – das heißt, selbst wenn alle unserer Zugvögel längst weitergezogen sind, würde man mit einer genügend hohen Anzahl an Testungen immer noch ganz viele »finden« – das gilt genauso für die »Corona-Infizierten«. Halten wir fest, wir haben keine verlässlichen

Zahlen über die Anzahl an SARS-CoV-2-Infizierten in diesem Land und auch die Chance verpasst (Heinsberg-Studie ausgenommen), verlässliche Daten zu generieren. Klar ist, dass die Anzahl um ein Vielfaches höher sein musste als die vom RKI präsentierten Zahlen.

Punkt 2: Wie viele Menschen sterben an der Infektion mit SARS-CoV-2?

Auch hier haben wir ein zentrales Problem:

- Wann ist man ein »Corona-Toter« ?

Fahre ich zum Test ins Krankenhaus und verunglücke später tödlich beim Autounfall, gerade als mein positives Testergebnis vorliegt – bin ich ein Corona-Toter. Ist meine Diagnose positiv und ich springe vor Schreck vom Balkon – bin ich auch ein Corona-Toter. Das gilt auch für einen plötzlichen Schlaganfall etc. Laut Aussage vom RKI geht jeder, bei dem ein positiver Befund zum Todeszeitpunkt da ist, in die Statistik ein. Der erste »Corona-Tote« Schleswig-Holsteins lag mit Endstadium Oesophagus-Krebs auf der Palliativstation, um dort seinen Frieden zu finden und die letzte Reise anzutreten. Kurz vor seinem Verscheiden wurde ein Abstrich genommen, der tatsächlich positiv war – nachdem er verstorben war(30).

Positiv gewesen wäre er vielleicht auch für andere Erkältungsviren wie Rhinoviren, Adenoviren oder gar Grippe-Viren – wenn man getestet hätte.

Nun, in diesem Fall musste man weder weiter testen noch obduzieren, um die tatsächliche Todesursache festzustellen. Grundsätzlich gilt jedoch: Gerade bei neuen, möglicherweise besonders gefährlichen Infektionserkrankungen muss so viel wie möglich obduziert werden, um die wahre Todesursache zu identifizieren. In Deutschland erfüllte in der Corona-Krise ein Pathologe diese primäre Pflicht. Obwohl das RKI ausdrücklich davon abriet, obduzierte Prof. Püschel alle »Corona-Opfer« in Hamburg. Er stellte fest, dass kein einziger Verstorbener zuvor gesund gewesen war(31). Alle hatten mindestens eine, die meisten mehrere Vorerkrankungen – jeder zweite litt unter koronaren Herzerkrankungen. Dazu kamen Bluthochdruck, Arteriosklerose, Diabetes oder Fettleibigkeit, Krebs, Lungen- oder Nierenleiden oder Leberzirrhose(32).

Das war woanders nicht anders. Der Schweizer Pathologe Tzankov bestätigte, die von ihm untersuchten Todesopfer litten unter Bluthochdruck,

die meisten waren übergewichtig, zwei Drittel hatten Herzprobleme und ein Drittel hatte Diabetes(33).

Auch das italienische Gesundheitsministerium berichtete, dass fast 99 % neben COVID-19 mindestens eine weitere Krankheit hatten, knapp 50 % hatten drei oder noch mehr Vorerkrankungen(34)(35).

Interessanterweise fand Herr Püschel auch, dass jeder dritte Patient Lungenembolien hatte(32). Lungenembolien entstehen in der Regel durch Thrombosen (Blutgerinnsel) in den tiefen Beinvenen, die sich ablösen und in die Lunge eingeschwemmt werden. Die Thrombosen treten typischerweise bei älteren Menschen auf, wenn diese sich nicht genügend bewegen. Bettlägerige Patienten sind ganz besonders gefährdet. Entsprechend wurden Lungenembolien auch schon vor 50 Jahren bei entsprechenden Grippepatienten von den Herren Haferkamp und Matthys im Deutschen Ärzteblatt beschrieben. Wir schauen hier also nicht auf eine spezielle Besonderheit von SARS-CoV-2. Wir schauen aber auf eine spezielle Situation, in der die älteren Menschen entweder das Haus nicht mehr verlassen haben, weil ihnen zu viel Angst gemacht wurde oder weil sie sich sicherheitshalber an die RKI-Vorgaben halten: »Zu Hause bleiben, wann immer möglich!«

Bewegungsmangel vorprogrammiert. Thrombose vielleicht auch?

Interessant ist, dass der renommierte schwedische Epidemiologe Johan Giesecke seinen Landsleuten das Gegenteil empfohlen hat: möglichst viel frische Luft und Bewegung!

Der Mann weiß Bescheid.

In Deutschland gab es (außer von Prof. Püschel) keine belastbaren Daten über die Anzahl der ursächlich an COVID-19 verstorbenen Todesopfer. Leider sah es in den meisten anderen Ländern nicht besser aus. Der Berater des italienischen Gesundheitsministeriums Prof. Walter Ricciardi sprach bei einem Interview mit »The Telegraph« davon, dass 88 % der italienischen »Corona-Toten« nicht ursächlich an den Corona-Viren gestorben sind(36).

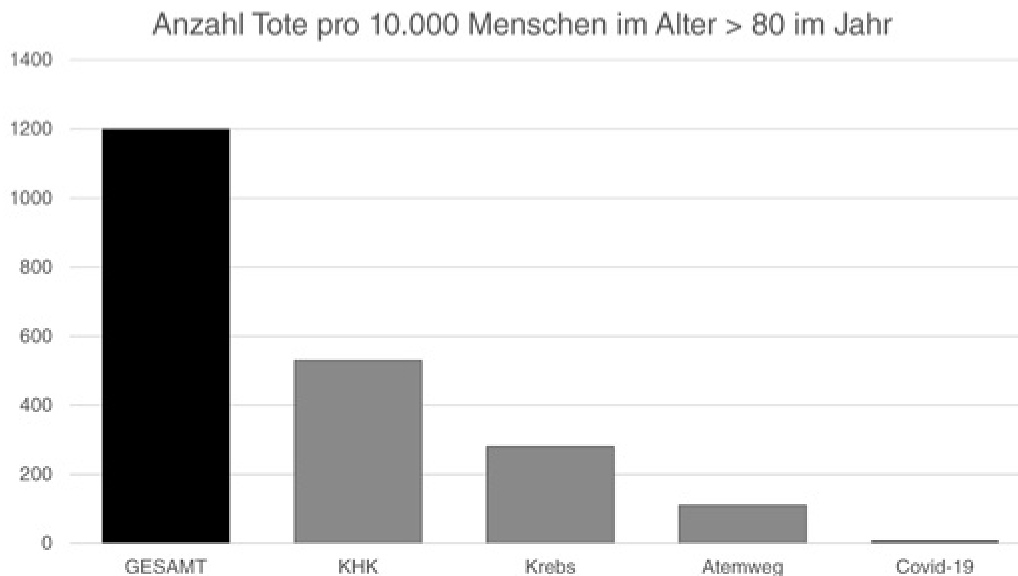
Das Problem mit den Todeszahlen ist ein ganz generelles, da diese Zahlen nur als Schätzungen betrachtet werden können(37). In Belgien wurden nicht nur alle Verstorbenen mitgezählt, welche auf COVID-19 positiv getestet wurden, sondern sogar alle jene, bei denen auch nur ein Verdacht bestand(38). Bei allem, was man weiß, müssen wir also davon ausgehen, dass die Anzahl an »echten« Corona-Toten in den meisten Ländern und auch in Deutschland um ein Vielfaches kleiner war.

- Wie viele Todesfälle hatten wir denn nun?

Leider scheint Transparenz nicht auf der Agenda des RKI zu stehen, denn die Behörde ging in keiner Weise auf die Probleme hinter den Zahlen ein, sondern vermittelte in der Öffentlichkeit, dass die präsentierten Zahlen ein reales Bild widerspiegeln würden.

Gott sei Dank gibt es noch gute Wissenschaftler auf der Welt, sogar sehr gute, z. B. an der Stanford Universität in den USA, Prof. John P. A. Ioannidis.

Er ist einer der weltweit führenden Epidemiologen unserer Zeit. Ioannidis kam zu dem inzwischen für alle offensichtlichen Schluss, dass wir wahrscheinlich nie die echten Zahlen erfahren werden. Als offensichtlich wurde, dass die Epidemie in Europa dem Ende zuging, fand er sich mit diesem nicht korrigierbaren Fakt ab und legte eine klassische Analyse vor. Er versuchte gar nicht zu unterscheiden, ob Menschen »an« oder »mit« dem Virus verstorben waren, sondern nahm die Summe aller »Corona-Toten« und berechnete einfach mit den vorhandenen Zahlen das Risiko, an COVID-19 zu versterben(39).



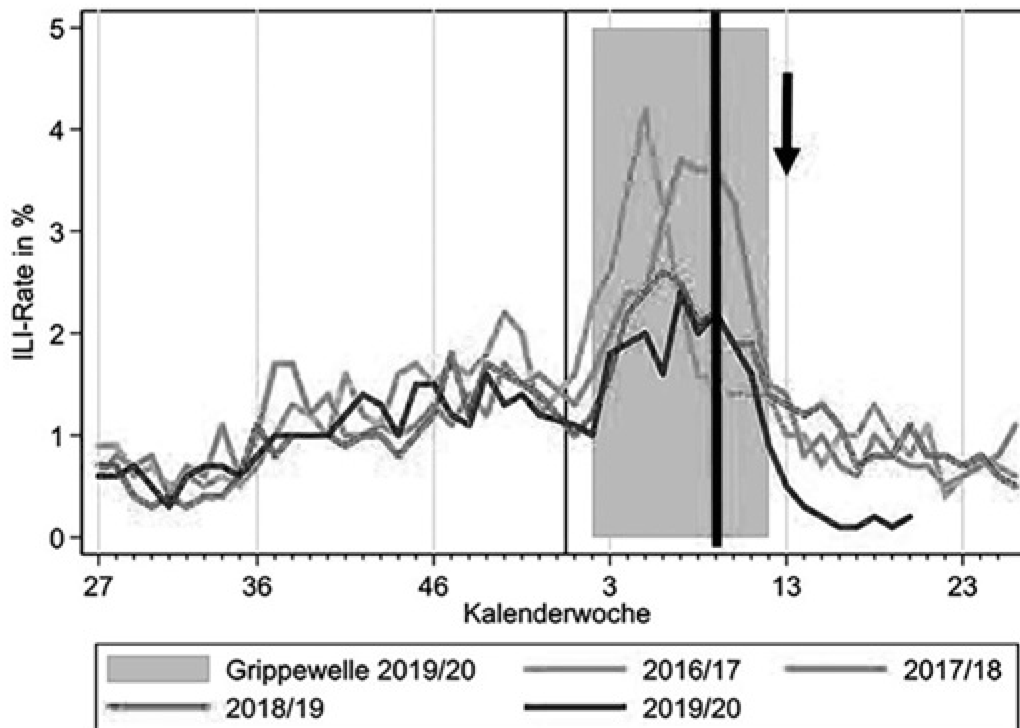
Für Deutschland kam er Anfang Mai zu dem Ergebnis, dass das Risiko, an COVID-19 zu versterben, für eine Person unter 65 Jahren so hoch war wie bei einer täglichen Autofahrt von 32 km. Selbst für Personen über 80 Jahre war das Risiko relativ gering. In Deutschland lag die Zahl bei 7 pro 10.000 Menschen.

Weitergerechnet betrug die Zahl Mitte Mai – am Ende der Epidemie – für Deutschland etwa 8 »Corona-Tote« pro 10.000 Ü80-Jährige (kleiner »Balken« ganz rechts).

Dazu muss man wissen, dass jeden Tag ca. 1200 von den 10.000 Ü80-Jährigen von uns gehen (schwarzer Balken). Davon fast die Hälfte aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK), fast ein Drittel aufgrund von Krebserkrankungen und ca. 10 % (über 100) aufgrund von Atemwegsinfekten. Letztere wurden und werden schon immer von einer ganzen Gruppe von Krankheitserregern ausgelöst, darunter verschiedenste Viren und Bakterien. Auch die eigentlich harmlosen Corona-Viren waren schon immer darunter, wenn diese auf multimorbiden Boden fielen. Ganz offensichtlich hat sich nun ein neuer Vertreter dazugesellt. Vielleicht löst SARS-CoV-2 ein anderes Corona-Virus ab? Auf alle Fälle muss spätestens jetzt vollkommen klar sein, dass SARS-CoV-2 keine überhöhte Bedeutung als gemeingefährliches »Killervirus« zugesprochen werden darf.

Tatsächlich ist es so, dass vom RKI nicht nur die SARS-CoV-2-Infektionen abgefragt werden, sondern im Rahmen der Influenza-Überwachung auch die gesamten Daten von Patienten mit Atemwegsinfektionen (inklusive Corona ab dem 24. 02. 2020; Kalenderwoche 9, markiert durch die vertikale Linie). Diese werden von Referenzlaboren eingesandt und stellen damit eine repräsentative Stichprobe dar. Auch hier ist interessanterweise kein Hinweis auf eine außergewöhnliche oder gar exponentielle Zunahme von Infektionen zu verzeichnen(40). Ganz im Gegenteil, schauen wir uns die Zahlen für 2019/2020 an (schwarze Kurve), sieht man den Peak im Winter und dann die jahreszeittypische Abnahme. Nebenbemerkung: Der Lockdown kam in Woche 13 (Pfeil), als die Kurve schon am Boden angekommen war. Wir schauen also auf die ganz normale Grippe-/Erkältungswelle der Wintersaison.

Fiebrige Atemwegsinfektionen



Quelle: Homepage des RKI (Abb. 1): https://grippeweb.rki.de/

Im Vergleich zu Grippe-Viren

COVID-19 wird gerne im Vergleich zur Grippe betrachtet. Was sagt die WHO dazu?

Die WHO stellt fest, dass COVID-19-Viren viel ansteckender sind, dass es keinen Impfstoff und schwerere Verläufe bei der Erkrankung gibt. Das mag alles richtig sein, doch zwei andere Punkte sind von viel entscheidenderer Wichtigkeit, um die Gefährlichkeit eines Krankheitserregers einschätzen zu können:

Wie viele Menschen sterben an COVID-19 im Vergleich zur Grippe? Und wer ist gefährdet?

Zunächst zur ersten Frage: Die WHO geht von 3–4 % aus, also vielfach höher als bei einer normalen Grippe(41).

Zunächst schauen wir uns das genauer an: Die Grippe-Viren gehen jedes Jahr wie eine Welle durch die Bevölkerung und diese Wellen können in einem Jahr sehr klein und unauffällig sein oder auch dramatisch hoch. Bei einer normalen Grippe-Saison haben wir in Deutschland eine Fallsterblichkeit von 0,1 % bis 0,2 % mit einigen Hundert Toten(42).

Dann gibt es immer wieder »schwere« Grippewellen. Die durch Grippe bedingte Sterblichkeit war mit mehr als 30.000 Toten in der Saison 1995/1996 besonders hoch(43). 2002/2003 und 2004/2005 kam es zu etwa 15.000 Todesfällen, die der Grippe zugeschrieben wurden. Die letzte große Grippewelle in der Saison 2017/2018 hat in Deutschland laut Schätzungen des RKI ca. 25.000 Menschenleben gefordert(44).

Vertrauen wir den letzten Angaben, dann schauen wir 2017/2018 – bei 330.000 gemeldeten Fällen(45) – auf eine Sterblichkeitsrate von ca. 8 %!

Unter Berücksichtigung der Dunkelziffer der nicht gemeldeten Fälle und einer Überschätzung der tatsächlichen Todesfälle wären wir immer noch bei deutlich über 1 %!

Trotz dieser schweren Grippewelle gab es – vernünftigerweise – keine Ausgangsbeschränkungen und Eingriffe in die Freiheitsrechte der Menschen, die das soziale/ökonomische Leben maximal gefährdet hätten.

Deutschland hat wie in allen vergangenen Jahren die Epidemie gut überstanden.

Wie sieht das für COVID-19 aus? Das RKI nimmt stoisch die eigenen Zahlen ohne einen aus wissenschaftlicher Sicht zwingend notwendigen Korrekturfaktor und berechnet krude: 170.000 gezählte Infizierte, 7000 Corona-positiv verstorben = ca. 4 % Tote – also ist COVID-19 unendlich gefährlicher als die (»normale«) saisonale Grippe(46).

Nun wissen wir, dass die Anzahl an Infizierten mit Sicherheit sehr viel höher ist, da sämtliche asymptomatischen und milden Fälle gar nicht in die Gesamtzahl eingegangen sind. Nach den zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Daten muss man von einer zehnfach höheren Anzahl an Infizierten ausgehen(47–52).

Damit wären wir bei viel realistischeren 0,4 % Todesfällen. Und dann wissen wir auch, dass die Anzahl an »echten« COVID-19-Toten sehr viel geringer ist, womit sich die Prozentzahl noch mal nach unten korrigieren dürfte – wir sind also irgendwo zwischen 0,1 und 0,4 % – also maximal im

Bereich einer mittelschweren Grippewelle. Das passt sehr gut zu dem Ergebnis von Prof. Streeck, der in seiner Heinsberg-Studie feststellte, dass nur 0,36 % der COVID-19-Patienten nach einer Infektion mit dem Virus gestorben sind. Er erklärte jedoch, dass dies eine Obergrenze sei und die Sterblichkeitsrate vermutlich im Bereich 0,24 bis 0,26 % oder sogar darunter liege. Das Durchschnittsalter der Test-positiven Verstorbenen lag bei ca. 81 Jahren(25).

Damit würden wir dann auch genau da liegen, was sehr viele andere Länder und sehr viele renommierte Experten berichten: Die Sterblichkeit ist mit einer klassischen mittelschweren Grippewelle durchaus vergleichbar. Zu diesem Ergebnis kam auch Prof. Ioannidis in einer neueren Veröffentlichung, in der er 12 Studien auswertete. Er zeigte, dass die Sterblichkeitsrate zwischen 0,02–0,40 liegt(53). Die Unterschiede seien durch lokale Faktoren wie Altersstruktur, Zählungsweise infizierter und verstorbener Patienten und verschiedenen anderen Faktoren bedingt. Zahlreiche andere Studien und Berichte kommen zu einem ähnlichen Ergebnis in diesem Bereich(54–64).

Wenn man die Größenordnung verstanden hat, muss man sich nicht um die Zahl hinter dem Komma streiten. Das Entscheidende ist, dass sich Sars-CoV-2 in keinem Land der Welt als »Killervirus« herausgestellt hat, so wie es von den Medien deklariert wurde.

Nun zur Frage:

Wer ist gefährdet bei der Grippe und wer ist gefährdet bei COVID-19?

Nun, beide Viren gefährden in erster Linie Menschen ab einem Alter von 60 Jahren, können aber auch in seltenen Fällen jüngere Menschen fatal treffen. Hier bestätigt die Ausnahme die Regel. Was ist der Unterschied? Damit eine Grippe tödlich enden kann, braucht es nicht viel: Vorerkrankungen – gerne, viel Kontakt zu Menschen und damit viele Infektionsmöglichkeiten mit den Grippe-Viren – her damit, dazu dann die bakterielle Superinfektion – dann war's das. Die Grippe-Viren verwandeln die Lunge in ein Schlachtfeld, das unendlichen Raum für andere »Bösewichter« schafft. Der Tod wird in den meisten Fällen durch Komplikationen wie bakterielle Lungenentzündungen verursacht(65).

Bei COVID-19 sieht die Sache anders aus. Die Corona-Viren sind grundsätzlich sehr viel weniger »zerstörerisch« und da bildet SARS-CoV-2 eben keine »Killervirus«-Ausnahme, sondern reiht sich ein. Patienten zeigen

charakteristische Veränderungen in der Lunge, aber ob das Virus tödlich ist oder nicht, hängt hier viel weniger vom Virus ab, sondern viel mehr von dem Gesamt-Gesundheitszustand des/der Infizierten. Immer wieder verbreitet die Presse Meldungen von einem »völlig gesunden« jungen Menschen, der trotzdem vom Virus dahingerafft wurde. Uns ist kein Fall bekannt, bei dem sich nicht im Nachhinein herausgestellt hätte, dass dieser Mensch in Wirklichkeit eben nicht »völlig gesund« war, sondern stattdessen unerkannt seit Jahren unter Bluthochdruck, Diabetes oder anderen Erkrankungen litt.

Sensationell erschien die Nachricht am 9. April: 103-jährige Italienerin übersteht COVID-19(66). Tatsächlich war sie nicht die einzige alte Dame, die die Infektion ohne Probleme überstanden hat. Es waren sogar die meisten. Getoppt wurden sie nur noch von einer 113-jährigen Spanierin(67).

Auch wenn das Durchschnittsalter der Verstorbenen in Deutschland(68) und anderen Ländern über 80 Jahren liegt(69–73), ist Alter per se nicht das entscheidende Kriterium. Wer relativ fit und gesund ist, muss sich vor den Viren genauso wenig fürchten wie die jüngeren. Aus den Berichten von Prof. Püschel und vielen weiteren Untersuchungen wissen wir, dass SARS-CoV-2 fast ausschließlich der Tropfen ist, der ein bis zum Rand gefülltes Fass zum Überlaufen bringt. Das ist für jeden Einzelfall tragisch und bedauerlich und für die Angehörigen und Liebsten unendlich traurig. Trotzdem ist es kein Grund, dem Virus eine überhöhte Bedeutung zukommen zu lassen. Wenn das Fass bis zum Rand voll ist, kann fast jeder beliebige Krankheitserreger den letzten Tropfen bilden. Wir vergessen gerne, dass jedes Jahr 2.6 Millionen Menschen weltweit an Infektionen der Atemwege versterben (Tuberkulose nicht eingeschlossen). Allein bei den Viren gibt es neben den Corona-Viren noch 16 weitere Vertreter, die dabei eine Rolle spielen (u.a. Adenoviren, Influenza-Viren, Parainfluenza-Viren etc. etc. etc.).

Deshalb galt es schon immer, dass ältere vorerkrankte Menschen besonders geschützt werden sollten, nicht nur in Alten- oder Pflegeheimen. Wer Erkältungssymptome hat, sollte grundsätzlich auf den Besuch von Oma und Opa verzichten, vor allem, wenn diese schon herz- und/oder lungenkrank sind. Wer die Grippe hat, wird sowieso zu Hause bleiben.

Die Tatsache, dass SARS-CoV-2 nicht gemeingefährlich ist und die Infektion oft ohne Symptome bleibt, hat möglicherweise einen Nachteil. Viele Menschen werden das Virus tragen, ohne es zu wissen, und könnten es deshalb unabsichtlich an ihre älteren Verwandten weitergeben. Ob bzw. wie ansteckend Menschen ohne Symptome sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt

absolut umstritten.

Herr Drosten verbreitete sehr früh, dass asymptomatische Personen sehr ansteckend sein könnten. Die zentrale Studie, auf die er sich bezog(74) (mit ihm als Co-Autor), berichtete, dass die chinesische Geschäftsfrau, die bei ihrem Besuch in Bayern Mitarbeiter eines Autozulieferers infiziert hatte, selbst keine Symptome hatte. Die Veröffentlichung hat weltweit für Aufsehen gesorgt und gleichzeitig zu einer großen Verunsicherung geführt. Ein Virus, das von Menschen verbreitet wird, die keine Symptome haben, lässt sich nur sehr schwer kontrollieren. Diese Furcht stellte eine treibende Kraft hinter vielen Extremmaßnahmen dar, die kurze Zeit später verhängt wurden – vom Besuchsverbot von Krankenhauspatienten bis hin zur Maskenpflicht.

Praktisch unbekannt geblieben ist dabei die Tatsache, dass der in dieser Schlüsselarbeit publizierte Befund sich als absolut unzutreffend herausgestellt hat. Im Nachhinein ergaben Recherchen, dass die Chinesin während ihres Aufenthaltes in Deutschland unter starken Beschwerden gelitten hat, diese waren jedoch nicht offensichtlich, weil sie schmerz- und fiebersenkende Mittel eingenommen hatte(75).

Auch eine weitere Studie, die im April von der Drosten-Gruppe veröffentlicht wurde, geriet in die internationale Kritik. Es ging um die Frage, welche Rolle Kinder als Überträger der Erkrankung spielen könnten. Laut der Studie von Herrn Dorsten würden symptomlose Kinder genauso ansteckend sein wie Erwachsene. Diese Kunde hatte in der Öffentlichkeit große Sorgen ausgelöst und die weiteren Entscheidungen der Regierung beeinflusst. Tatsächlich gibt es viele Studien, die das Gegenteil zeigen, nämlich dass Kinder generell keine signifikante Rolle als Überträger spielen.

Wie dem auch sei, hätte es keinen Grund für das Verhängen von völlig sinnlosen Maßnahmen wie Kita- und Schulschließungen gegeben, die bekanntermaßen nichts bewirken und entsprechend auch nicht die Risikogruppe schützen. Schon gar kein Grund, das gesamte soziale und wirtschaftliche Leben an die Wand zu fahren.

Was ist denn bloß los in der ganzen Welt – und auch in Deutschland?

Nun, die von den Medien ausgeschlachteten Bilder – aus Italien, dann Spanien, später England und dann sogar aus New York – gepaart mit Modellrechnungen von Hunderttausenden, wenn nicht gar Millionen Toten, haben bei vielen Menschen Bilder in die Köpfe gemalt. Es MUSS doch ein Killervirus sein!?

Die Situation in Italien, Spanien, England und den USA

Ende März gingen die Schlagzeilen um: In Italien gibt es weltweit die meisten Toten, die Sterberate scheint immens hoch. Dann: Spanien überholt Italien (zumindest was die Anzahl an Infizierten angeht). Dann bricht Großbritannien den traurigen Rekord in Europa. Weltweit nur noch übertroffen von den USA. Die Presse überschlägt sich jedes Mal, als würde es um ein Wettrennen der Schreckensmeldungen gehen.

Tatsächlich ist bekannt, dass die Ausmaße einer Epidemie/Pandemie nicht vom Krankheitserreger allein abhängen, sondern davon, wie »fruchtbar« der Boden ist, auf den dieser fällt. Alle belastbaren Zahlen geben die klare Antwort, dass wir es hier nicht mit einem gemeingefährlichen Krankheitserreger zu tun haben, der die breite Bevölkerung dahinrafft.

Was war also in den Ländern los, aus denen wir von den Medien die furchtbaren und dramatischen Bilder – unkritisch und unreflektiert von den Medien – serviert bekamen?

Für eine umfassende Analyse sind die Wissenschaftler vor Ort gefragt, die Corona-Epidemie aufzuarbeiten, denn die Faktoren sind vielfältig. Trotzdem soll hier auf einige Dinge hingewiesen werden, die – im Gegensatz zu den Bildern mit den vielen Särgen – nicht so sehr bzw. gar nicht von den Medien aufgegriffen wurden.

Tatsache Nummer 1 ist, dass in allen Ländern die gleichen Fehler gemacht worden sind und alle die gleichen Probleme hatten, die bereits angesprochen wurden. Beispiel: Wer wurde getestet? In Deutschland Menschen mit grippeähnlichen Symptomen und einem gewissen Risiko, sich angesteckt zu haben, der Test musste allerdings zu Lebzeiten positiv gewesen sein. In Italien nicht, getestet wurde auch nach dem Tod. Dafür aber keine Menschen mit grippeähnlichen Symptomen, man musste schon richtig krank ins Krankenhaus eingeliefert werden. So hatten wir viele positive Tote und eine massiv unterschätzte Zahl an tatsächlich Infizierten. Wen wundert es da, dass bei der Berechnung eine deutlich höhere Sterberate als in anderen Ländern herauskam(76)?

Schon Mitte März wies die italienische GIMBE Stiftung darauf hin, dass »Schweregrad und Letalitätsrate weitgehend überschätzt werden, während die Letalitätsraten in der Lombardei und in der Emilia Romagna eine Überlastung der Krankenhäuser dokumentieren würden«(77).

Dazu kommt, dass man – wie fast überall – nicht unterschieden hat, ob mit

oder an dem Virus verstorben. Fast 99 Prozent der »COVID-Toten« in Italien hatten Vorerkrankungen, in den meisten Fällen nicht nur eine, sondern mehrere. Drei Viertel der Untersuchten litten unter hohem Blutdruck, mehr als ein Drittel an Diabetes. Bei jedem dritten Verstorbenen wurde eine Herzkrankheit festgestellt. Das Durchschnittsalter lag, wie fast überall, über 80 Jahren. Die wenigen Personen unter 50 Jahren, die verstorben waren, hatten ebenfalls schwerwiegende Vorerkrankungen – etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenleiden oder Diabetes(72)(78). Wie schon erwähnt, sprach der Berater des italienischen Gesundheitsministeriums, Prof. Walter Ricciardi, davon, dass 88 % der italienischen »Corona-Toten« nicht ursächlich an den Corona-Viren gestorben sind. Man muss davon ausgehen, dass in allen Ländern die Zahl der »echten« Corona-Toten geringer ist, ganz abgesehen davon, dass man auch noch die »falsch-positiv getesteten« abziehen müsste.

Die Fehleinschätzung der Gefährlichkeit des Virus, die Verbreitung von Panik und Angst in der Bevölkerung und die irrationalen überbordenden Maßnahmen haben zu massiven Kollateralschäden im Gesundheitssystem geführt, die viel schlimmer waren als das Virus selbst. Wir sehen es auch in Deutschland und in allen anderen Ländern mit Lockdown.

Das führt zu einem interessanten Effekt. Die Sterbefälle steigen sehr viel stärker als die Anzahl der »sogenannten« Corona-Toten. Das war in New York so und in England nicht anders.

Die »Times« berichtet am 15. April: England und Wales haben in einer Woche eine Rekordzahl an Todesfällen verzeichnet, 6000 mehr als der Durchschnitt für diese Jahreszeit. Nur maximal die Hälfte dieser zusätzlichen Zahlen wurde dem Corona-Virus zugeschrieben(79). Man musste Sorge haben, dass die Sperrung unbeabsichtigte Folgen für die Gesundheit der Menschen haben würde(80).

Es wurde immer deutlicher, dass Patienten bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, einschließlich Herzinfarkten, keine Hilfe suchten, weil sie Angst hatten, im Krankenhaus am Corona-Virus zu erkranken. Patienten mit Diabetes oder Bluthochdruck wurden nicht mehr vernünftig versorgt. Die Zahlen lassen befürchten, dass am Ende auf die echten »Corona-Toten« etliche »Corona-Angst-Tote« kommen.

Dazu kommt, dass Großbritannien massive Probleme im Gesundheitssystem, der medizinischen Infrastruktur und medizinischen Personalmangel hat(81)(82). Außerdem fehlen seit dem Brexit die dringend

benötigten ausländischen Fachkräfte(83).

Probleme im Gesundheitssystem haben aber auch die anderen Länder. Die Corona-Krise hat diese leidvoll offengelegt. Entsprechend stellen die Grippewellen jeden Winter viele Regionen/Städte dieser Länder auf den Prüfstand.

Als im Winter 2017/2018 eine wirklich schwere Grippe-Epidemie durch die Welt zog, kam es auch in den USA zu einer Überlastung der Krankenhäuser, zum Aufbau von Triage-Zelten, Operationen wurden abgesagt, Patienten abgewiesen. Alabama erklärte den Ausnahmezustand(84–86). Aber es hat keinen interessiert.

In Spanien kaum anders. Die Grippewelle 2017/2018 führte in ganz Spanien zum Kollaps der Krankenhäuser(87)(88).

In Italien kaum anders. In Mailand und anderen Städten ging auf den Intensivstationen gar nichts mehr(89). Am Gesundheitssystem wird in Italien seit Jahren gespart, die Anzahl an Intensivbetten ist sehr viel geringer als in anderen Ländern Europas.

Dazu kommt, dass es nicht unbedingt ein Vorteil sein muss, in ein italienisches Krankenhaus eingeliefert zu werden. Italien hat die höchste Anzahl an Todesfällen durch Krankenhausinfektionen und antibiotikaresistente Bakterien in der EU(90).

Dazu kommt, dass die Gesellschaft in Italien relativ alt ist, sogar die älteste weltweit. Italien weist mit 22,8 Prozent den höchsten Anteil von über 65-Jährigen in der EU auf(91)(92).

Dazu kommt, dass es einen großen Anteil an Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen und Herzerkrankungen gibt. Kurzum eine viel größere »Risikogruppe« als in anderen Ländern. Insgesamt kommt sehr viel zusammen und man sollte sehen, ob man für die Zukunft etwas draus lernen kann(93).

In Italien war vor allem der Norden betroffen. Interessant ist auch die Frage, ob bestimmte Umweltbedingungen einen Einfluss hatten. Klar ist, dass Norditalien hinsichtlich der Feinstaubbelastung seit vielen Jahren als China Europas gilt(94). Laut WHO-Schätzung führte diese Situation 2006 auch ohne Virus zu über 8000 zusätzlichen Toten allein in den 13 größten Städten Italiens(95). Luftverschmutzung erhöht bei sehr jungen und älteren Menschen das Risiko viraler Lungenerkrankungen(96). Hinweise, dass dieser Faktor (nicht nur in Italien) eine Rolle gespielt haben könnte, liegen auf der Hand(97) und sollten in weiteren Studien geprüft werden.

Auch wenn man sich die Vielzahl an Faktoren bewusst macht – das, was hängen geblieben ist in den Köpfen, sind die schockierenden Bilder, wie eine lange Kolonne von Militärfahrzeugen die Särge aus Bergamo abtransportierte.

Der Vizevorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Bestatter, Ralf Michal, erklärte dazu in einem Interview(98): In Italien ist eine Feuerbestattung eher selten. Deshalb »*waren die italienischen Bestatter überfordert, als im Zuge der Corona-Pandemie der Staat die Feuerbestattung anordnete*«, analysiert Michal. Darauf waren die Bestatter nicht vorbereitet. Es fehlten Krematorien und die komplette Infrastruktur. »*Deshalb musste das Militär helfen. So lassen sich die Aufnahmen aus Bergamo erklären*.«

Es fehlte nicht nur die Infrastruktur, sondern auch die Bestatter, von denen selbst sehr viele in Quarantäne waren. So scheinen selbst diese schlimmen Bilder – wie so vieles – eher eine Folge der Panik-getriebenen Verordnungen und Maßnahmen, als direkte Folge des »Killervirus«.

Doch kommen wir noch einmal zurück auf die USA. Hat es die ganze USA schwer getroffen? Nein. In Staaten wie Wyoming, Montana oder West Virginia sind die Zahlen der »Corona-Toten« zweistellig (Worldometer, Mitte Mai 2020). Ganz anders hingegen die Lage im Bundesstaat New York. Während hier die Ärzte nicht wussten, wen sie zuerst behandeln sollten, gähnende Leere in Krankenhäusern in anderen Bundesstaaten der USA. New York war das Zentrum der Epidemie, weit über die Hälfte der COVID-19-Toten der USA waren dort zu beklagen (Zeitpunkt Mai 2020) – und die meisten lebten in der Bronx. Ein Notarzt berichtete in einem Interview(99): »Die Menschen kommen viel zu spät, aus verständlichen Gründen. Die Angst, entdeckt zu werden, hält sie davon ab. Die größte Anzahl sind illegale Einwanderer ohne Aufenthaltsgenehmigung, ohne Job und ohne jede Versicherung. Unter ihnen haben wir die höchste Sterblichkeitsrate zu verzeichnen.«

An dieser Stelle wäre es von Interesse zu erfahren, wie sie behandelt wurden. Sollte, wie von der WHO empfohlen, hochdosiert Chloroquin verabreicht worden sein, könnte das zur hohen Todesrate beigetragen haben. Denn etwa ein Drittel der hispanischen Bevölkerung trägt einen Gendefekt (Glukose-6-Phosphat Dehydrogenase), der zur Unverträglichkeit von Chloroquin führt. Die schweren Nebenwirkungen können tödlich sein. Die Hispanics stellen mit einem Anteil von über 50 % die Bevölkerungsmehrheit in der Bronx.

Das könnte auch ein durchaus wichtiger Punkt von einer ganzen Reihe von Punkten sein, die auch hier wieder zusammengekommen sind. Was wir insgesamt sehen, ist, dass jedes Land seine spezifischen Probleme hatte – im Gesundheitssystem, aufgrund der Bevölkerungsstruktur und zahlreicher weiterer Faktoren, die man von außen schwer beurteilen kann und die vor Ort geklärt werden müssen. Es scheint, dass die Länder, die es schwer getroffen hat, nicht gut vorbereitet waren und versäumt haben, die Risikogruppen zu schützen.

Klar ist, dass es für viele sich sorgende Menschen in der deutschen Bevölkerung hilfreich gewesen wäre, wenn die Politik oder die zuständigen Experten immer wieder erklärt hätten, dass wir in Deutschland gut aufgestellt sind, dass wir keine Bilder wie aus Norditalien oder anderen Regionen der Welt befürchten müssen, dass es nie einen Grund zur Sorge gab. Denn die Zahlen und Fakten gaben das her. Stattdessen passierte genau das Gegenteil. Das RKI warnte und warnte – vor den exponentiell steigenden Zahlen der Infizierten, vor den unzähligen zu befürchtenden Toten, vor Zuständen wie in Italien(100).

Verantwortung geht anders. Kompetenz

Corona-Situation in Deutschland

Deutschland machte mit. All die anderen Länder mit ihren klugen Staatschefs machten's ja auch! Und in China schien es funktioniert zu haben! Sollte Deutschland einen Sonderweg gehen, der womöglich auf wissenschaftlichen Fakten und Erkenntnissen basiert – aber bestimmt nicht populär sein würde? Diese Option schien der Regierung offensichtlich zu unsicher, dazu braucht man Mut und Wissen bzw. ein kompetentes Beraterteam. Beides scheinbar Fehlanzeige. Stattdessen jedes Mal das gleiche Bild: Herr Drosten, Herr Wieler, Herr Spahn – ach ja, und der Herr Söder, warum eigentlich?

Was haben wir hier also: einen Virologen, der Experte ist für Viren, aber nicht für deren Ausbreitung (Epidemiologie), einen Tierarzt, der das Bundesinstitut für humane Erkrankungen leitet, und einen Bankkaufmann. Hmmm – kann das gut gehen?

Viele befürchten: Nein. Warum? Anstatt die Bevölkerung aufzuklären, wird von Politik und Medien einhellig Panik verbreitet. Eine Warnung nach der nächsten wird herausgegeben. Wer auf die Fakten hinweist, die klar zeigen, dass wir es mit einem Grippe-ähnlichen Krankheitserreger zu tun haben, der nicht die Menschheit ausrotten wird – wird bemerkenswerter Entschlossenheit diffamiert.

Die Gradmesser, wann welche Maßnahmen angeblich nötig oder nicht mehr nötig waren, wurden scheinbar willkürlich und nach Bedarf geändert. Anfang März war es die Verdopplungszeit bei den Infektionszahlen, die sollte erst über 10 Tage liegen, dann lieber doch über 14 Tage; dann der Reproduktionsfaktor, also die Frage, wie viele Menschen ein Infizierter ansteckt, der durfte nicht mehr über 1 sein (zu einem Zeitpunkt, an dem er bereits bei 0,7 war); dann also doch lieber wieder die Anzahl an Neuinfektionen pro Tag, die durfte dann nur noch bei wenigen Hundert pro Tag liegen; und dann nur noch bei 50/100.000 Einwohner.

Ein wissenschaftlich begründeter PLAN sieht anders aus. Vor allem, da wir wissen, dass die Infektionszahlen 1.) nicht die Wirklichkeit widerspiegeln und 2.) bei einem nicht wirklich gefährlichen Erreger für sich alleine nicht von Bedeutung sind.

Willkür und Planlosigkeit ziehen sich auch durch die Maßnahmen. Am

Anfang war der Mundschutz verpönt, selbst im überfüllten Bus brauchte man ihn nicht, aber als die Epidemie vorbei war, wurde er Pflicht. In Baumärkten durfte man die ganze Zeit einkaufen, in Elektronikmärkten nicht. Joggen war OK, Tennis spielen nicht. Jedes Bundesland hatte eigene Richtlinien und seine eigenen Bußgeldkataloge, denn Strafe musste auf jeden Fall sein, wir hätten es ja mit einer »epidemischen Lage von nationaler Tragweite« zu tun. Wieso eigentlich?

Schauen wir uns noch mal genauer an, was geschah:

Wie es in Deutschland begann

Am 27. Januar 2020 meldet das bayerische Gesundheitsministerium spätabends den ersten Corona-Virus-Fall Deutschlands, ein Mitarbeiter eines Autozulieferers. Eine chinesische Geschäftsfrau war dort die Woche zuvor auf einer Fortbildung gewesen. Ausgehend von dieser Firma, gibt es kurze Zeit danach eine ganze Reihe von Infektionen, aber keine schweren Verläufe oder gar Todesopfer. Die Betroffenen werden, wie nach Infektionsschutzgesetz üblich, isoliert und in Quarantäne gebracht.

Wer aus »Risikogebieten« – egal ob China oder Tirol – zurückkommt und Erkältungssymptome hat, wird getestet und kommt in Quarantäne. Es gibt Fälle in Baden-Württemberg und dann auch einen Patienten in Nordrhein-Westfalen. Es ist Karnevalszeit in Deutschland und schnell stellt sich heraus, dass der erste NRW-Patient zusammen mit seiner Frau und 300 weiteren lustigen »Jecken« in der Gemeinde Gangelt, Kreis Heinsberg, noch Mitte Februar gefeiert hat und auch danach noch viel unterwegs war. Alarm! Schulen und Kindergärten werden geschlossen, Kontaktpersonen in Quarantäne genommen.

Noch Anfang März mahnt Herr Spahn zur Besonnenheit und zum verhältnismäßigen und angemessenen Umgang. Zunehmend werden Großveranstaltungen abgesagt, doch es herrscht noch übersichtliche Ruhe.

Doch dann: erste Corona-Todesfälle in Deutschland! Am 9. März geht die Kunde um: Ein 78 Jahre alter Mann im Kreis Heinsberg und eine 89-jährige Frau aus Essen sind verstorben. Der Mann hatte eine Vielzahl von Vorerkrankungen, unter anderem Diabetes und Herzprobleme, denen er am Ende erlegen war, die Frau starb an einer Lungenentzündung.

Ab jetzt wird auf Alarm geschaltet! Stufe 1.

Drosten warnt vor dramatischer Corona-Welle(101): »Im Herbst wird es kritisch, das ist klar. Ich erwarte dann eine schlagartige Zunahme der Corona-Fälle mit schlimmen Folgen und vielen Toten … Wen wollen wir dann retten, einen schwer kranken 80-Jährigen oder einen 35-Jährigen mit einer rasenden Viruspneumonie, der binnen Stunden sterben würde und bei künstlicher Beatmung binnen vier Tagen über den Berg wäre?«

Die Pandemie ist erklärt

Am 11. März erklärt die WHO die Pandemie. Auf der Ministerpräsidentenkonferenz am 12. März wird die generelle Absage von Großveranstaltungen beschlossen. Soll man noch weitergehen? Aus Frankreich kommt am gleichen Tag die Meldung, dass alle Kindergärten, Schulen, Hochschulen und Universitäten bis auf Weiteres geschlossen werden. Deutschland macht mit: Einen Tag später verordnen die Bundesländer Schul- und Kitaschließungen ab dem 16. März. Von einem »Tsunami« ist die Rede, wie viele werden wohl in den Tod gerissen – wenn wir es nicht schaffen, die Infektionskurve flach zu halten – »# flatten the curve«?! Jeder meldet sich zu Wort, egal ob Astrophysiker oder journalistischer Volontär – egal wie wenig Ahnung er/sie von Infektiologie hat. Hochrechnungen werden tagtäglich präsentiert, exponentielles Wachstum wird uns auf allen Kanälen erklärt und wie schwer das zu fassen oder gar zu stoppen ist – denn tatsächlich: Die Infektionszahlen scheinen sich jede Woche zu verdoppeln – ohne strikte Maßnahmen muss man Mitte Mai mit einer Million Infizierten rechnen. Laut RKI-Präsident Wieler wird sich die Zahl der Todesfälle zwischen Deutschland und Italien über die nächsten Wochen und Monate angleichen(102).

Erste Stimmen werden laut – wird es einen Lockdown geben?

Am 14. März twittert das Bundesgesundheitsministerium(103):

> ! Achtung FAKE-NEWS !
> Es wird behauptet und rasch verbreitet, das Bundesministerium für Gesundheit / die Bundesregierung würde bald massive weitere Einschränkungen des öffentlichen Lebens ankündigen. Das stimmt NICHT!

Zwei Tage später, am 16. März, werden »weitere massive Einschränkungen des öffentlichen Lebens« angekündigt.

Kommt einem irgendwie bekannt vor … ach ja:

»Niemand hat die Absicht, eine Mauer zu errichten!«

Mit diesem Satz stand DDR-Staats- und Parteichef Walter Ulbricht am Ende als einer der größten Lügner der Geschichte da.

In Corona-Zeiten erinnert vieles wieder an die DDR, nicht nur die geschlossenen Grenzen, die Schlangen vor den Geschäften und die leeren Supermarktregale.

Das öffentliche Leben wird in der Tat weiter heruntergefahren. Clubs, Museen, Messen, Kinos, Tierparks, alles muss schließen. Gottesdienste werden verboten, Spielplätze und Sportanlagen gesperrt. Das oberste Ziel: Das Gesundheitssystem soll nicht an seine Grenzen kommen. Geplante Operationen sollen verschoben werden.

Während sich bei uns der Alarmismus ausbreitet, erhebt zur gleichen Zeit jemand anderes seine Stimme. Jemand, der sich wirklich auskennt und von dem wir schon mehrfach gehört haben, Prof. Ioannidis. In einem hervorragenden Artikel(104) sagt er (kurz zusammengefasst):

Die aktuelle Corona-Viruserkrankung, COVID-19, wurde eine Jahrhundert-Pandemie genannt. Aber sie könnte genauso ein Jahrhundert-Evidenz-Fiasko sein. Es fehlt uns an verlässlicher Evidenz, wie viele Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert sind. Viele Länder haben drakonische Gegenmaßnahmen ergriffen. Wie können Politikverantwortliche bei längeren Lockdowns entscheiden, ob sie mehr Gutes als Schlechtes anrichten? Die bisher gesammelten Daten darüber, wie viele Menschen infiziert sind und wie sich die Epidemie entwickelt, sind völlig unzuverlässig. Angesichts der bis heute begrenzt durchgeführten Tests wurde die überwiegende Mehrzahl der Infektionen mit SARS-CoV-2 nicht erfasst. Wir wissen nicht, ob wir uns beim Erfassen der Infektionen um den Faktor 3 oder den Faktor 300 täuschen. Kein Land hat verlässliche Daten über die Prävalenz des Virus in einer repräsentativen Stichprobe der gesamten Gesellschaft. Veröffentlichte Fallsterblichkeits-Raten wie die offizielle 3,4 %-Rate der WHO verursachen Angst und Schrecken – und sind bedeutungslos. Die Menschen, die auf SARS-CoV-2 getestet wurden, sind überproportional häufig diejenigen mit schweren Symptomen und schlechter Prognose. Die einzige Situation, in der eine abgeschlossene Bevölkerung insgesamt getestet wurde, war das Diamond-Princess-Kreuzfahrtschiff und seine in Quarantäne genommenen

Passagiere. Die Fallsterblichkeit dort war 1 %, aber mit einem Durchschnittsalter von 70 handelt es sich hier nicht um eine repräsentative Bevölkerungsgruppe – das war eine Risikogruppe, in der die Sterblichkeit durch COVID-19 wesentlich höher ist. Berücksichtigt man zusätzliche Quellen der Unsicherheit, bewegen sich vernünftige Schätzungen einer Fallsterblichkeit für die allgemeine US-Bevölkerung zwischen 0,05 % und 1 %. Wenn 0,05 % die wahre Rate wäre, wäre der weltweite Lockdown mit potenziell enormen sozialen und finanziellen Konsequenzen völlig irrational. Das wäre, als wenn ein Elefant von einer Hauskatze angegriffen würde. Genervt und weil er der Katze ausweichen will, springt der Elefant versehentlich von der Klippe und stirbt. Könnte die COVID-19-Fallsterblichkeit so niedrig sein? »Nein«, sagen einige und verweisen auf die hohe Rate bei Älteren. Aber selbst die sogenannten milden Corona-Viren, die erkältungsartige Symptome auslösen und die seit Jahrzehnten bekannt sind, haben Fallsterblichkeiten von bis zu 8 %, wenn sie ältere Menschen in Pflegeheimen betreffen. Tatsächlich infizieren diese »milden« Corona-Viren Dutzende Millionen Menschen jedes Jahr und sind für 3 bis 11 % der Fälle in den USA verantwortlich, bei denen Menschen mit Infektionen der unteren Atemwege jeden Winter in Krankenhäusern behandelt werden müssen. Hätten wir nichts von diesem neuen Virus da draußen gewusst und hätten wir keine Menschen mit PCR getestet, wäre uns die Anzahl der Gesamt-Todesfälle durch grippale Infekte in diesem Jahr nicht ungewöhnlich erschienen. Wir hätten höchstens beiläufig bemerkt, dass die Grippe-Saison in diesem Jahr etwas schlimmer als üblich schiene. Die Aufmerksamkeit der Medien wäre geringer gewesen als bei einem NBA-Spiel zweier völlig bedeutungsloser Mannschaften.

Eines der entscheidenden Dinge, das wir nicht wissen, ist, wie lange diese Maßnahmen von Social Distancing und Lockdown aufrechterhalten werden können ohne gravierende Konsequenzen für die Wirtschaft, die Gesellschaft und die geistige Gesundheit.

Bedauerlicherweise bleibt diese Stimme der Vernunft ungehört von unseren Politikern und deren Beratern. Stattdessen schafft es ein Statement von Prof. Neil Ferguson vom Imperial College in alle Medien – inklusive Tagesschau, das zugegebenermaßen viel sensationeller ist: Falls nichts unternommen werde und das Virus sich unkontrolliert ausbreiten könnte, würden ihren Prognosen zufolge allein in Großbritannien mehr als 500.000 Menschen sterben und in den USA 2,2 Millionen(105).

Das macht nicht nur die Runde, sondern es macht den Menschen Angst.

Interessanterweise ist Prof. Ferguson derjenige, der 136.000 Tote beim Rinderwahnsinn (BSE), 200 Millionen Tote bei der Vogelgrippe und 65.000 Tote bei der Schweinegrippe vorhergesagt hat – in allen Fällen waren es am Ende wenige Hundert. Anders gesagt, er hat hier jedes Mal falsch gelegen. Haben Journalisten eigentlich ein Gewissen und falls ja, warum prüfen sie nicht, was sie da verbreiten? Selbstverständlich hat sich auch hier herausgestellt, dass es sich um komplette Fehlberechnungen handelte(106). Aber das landete natürlich nicht in der Tagesschau.

Doch dem RKI scheinen die Schlagzeilen gerade recht zu kommen. Es warnt mit Blick auf die Anzahl an Infizierten vor dem exponentiellen Anstieg(107): »Bei dem exponentiellen Wachstum könnten wir 10 Millionen Infizierte in weniger als 100 Tagen haben, wenn es nicht gelingt, die Anzahl an Neuinfektionen zu bremsen. Modellrechnungen werden veröffentlicht, die von Todeszahlen bis zu mehreren Hunderttausend ausgehen(108).

In der Politik beginnt ein Rennen um die Wählergunst – wer könnte der größte Profiteur werden? Herr Söder gibt den »Macher«, energisch tritt er vor den Kameras auf, verkündet, mit aller Härte und Strenge den Kampf gegen das Virus angehen zu wollen. Man befürchtet fast, ihn bald à la Putin mit freiem Oberkörper durch den Bayrischen Wald reiten zu sehen. Gott sei Dank bleiben uns solche Bilder erspart. Er prescht vor und verkündet, dass ab dem 21. März in ganz Bayern eine Ausgangssperre eingeführt wird. Keine Besuche mehr der Liebsten in den Krankenhäusern, Schließung der Restaurants etc. etc. etc.

Der bundesweite Lockdown

Föderalismus hin oder her – was macht das für einen Eindruck, wenn jedes Bundesland eigene Regeln hat? Es wird also schleunigst nachgezogen. Es soll aber nicht »Ausgangssperre« heißen, das hört sich so negativ an. Also bekommen wir am 23. März den Lockdown in Form eines »9-Punkte-Plans«. Damit werden bundesweite Ausgangsbeschränkungen verkündet. Es gilt ein weitreichendes Kontaktverbot, Menschenansammlungen von mehr als zwei Personen in der Öffentlichkeit sind verboten. Restaurants, Friseure, Kosmetikstudios, Massagepraxen, Tattoo-Studios und ähnliche Betriebe müssen schließen. Verstöße gegen die Kontaktbeschränkungen sollen von

den Ordnungsbehörden und der Polizei überwacht und bei Zuwiderhandlungen sanktioniert werden. Bußgeldkataloge werden gestrickt im Eilverfahren – Ostern steht vor der Tür. Einigen Bundesländern geht es nicht weit genug. Bayern, Berlin, Brandenburg, das Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt erlassen Ausgangsbeschränkungen, die das Verlassen der eigenen Wohnung und das Betreten des öffentlichen Raums grundsätzlich vom Vorliegen eines »triftigen« Grundes abhängig machen.

Die Krankenhäuser stehen so leer, dass wir ohne Probleme Infizierte aus Italien und Frankreich aufnehmen können(109).

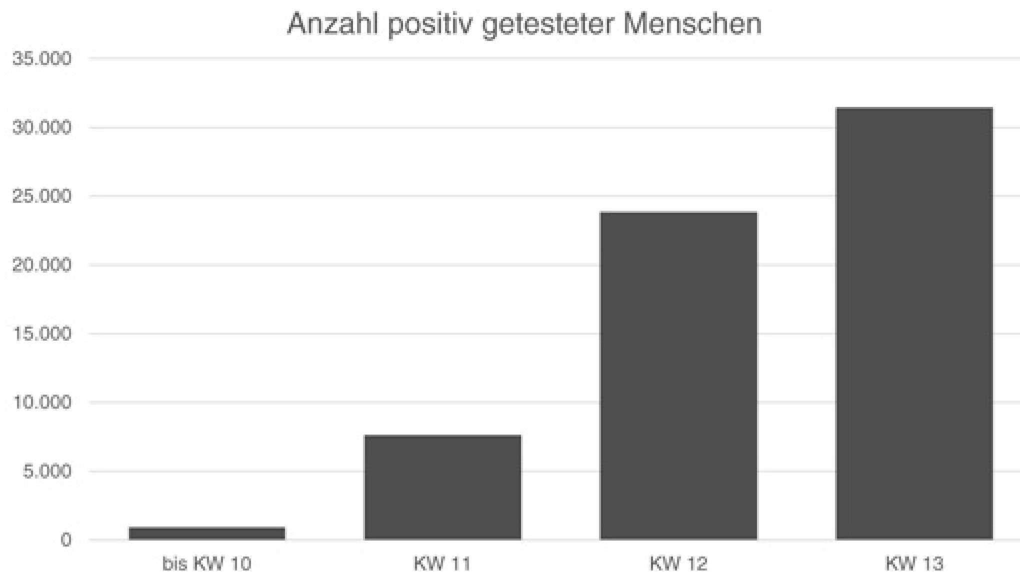
Am 25. März wird vom Bundestag eine »epidemische Lage von nationaler Tragweite« festgestellt, damit zwei Tage später das im Eilverfahren neugestrickte »Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« in Kraft treten kann – weitgehend unbemerkt von der Bevölkerung. Es ermächtigt das Bundesgesundheitsministerium, bundesweit und ohne Zustimmung des Bundesrates Anordnungen im (normalerweise föderalen) Gesundheitswesen zu treffen, solange der Bundestag eine »epidemische Lage von nationaler Tragweite« feststellt.

Die ganze Sache drohte sich zu verselbstständigen, denn sämtliche Entscheidungen wurden – wie Ioannidis sagte – ohne Evidenz getroffen. Das war der Anlass für einen offenen Brief an unsere Kanzlerin Frau Merkel(110), in dem wichtige Fragen adressiert wurden. Nicht, um eine persönliche Antwort zu erhalten, sondern in der Hoffnung, dass wir alle als Volk dringend notwendige Antworten erhalten. Der Brief sollte unserer Regierung die Chance geben, mit gewahrtem Gesicht noch rechtzeitig die Kurve zu bekommen von ihrem Irrweg zurück auf einen Weg der Vernunft und der Verhältnismäßigkeit. Doch sämtliche Stimmen, die nicht zur Regierungslinie passten, wurden konsequent ignoriert und renommierte Wissenschaftler diskreditiert.

Stattdessen wird Ende März verkündet: Das Virus breite sich noch zu schnell aus. Derzeit gebe es eine Verdoppelung der Fallzahlen alle fünf Tage. Ziel muss es sein, dass dies auf mindestens alle zehn Tage reduziert wird, um das Gesundheitssystem nicht zu überlasten(111).

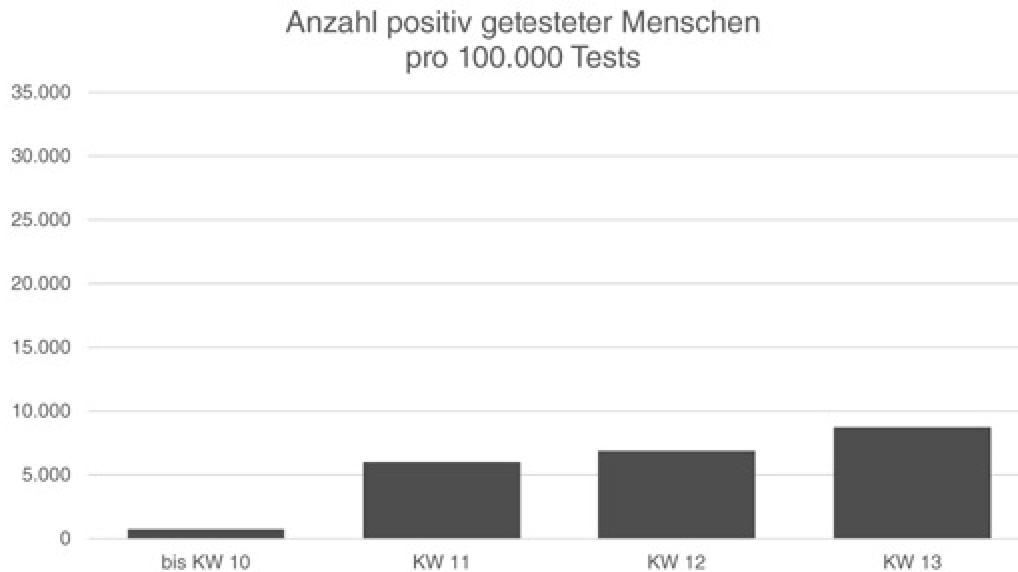
Um die Lage noch etwas dramatischer aussehen zu lassen, wird der Inhalt eines internen Papiers verbreitet, das mithilfe des RKI entstand. Von 1,15 Millionen Toten ist die Rede – im düstersten von drei Szenarien, die »Experten« des Bundesinnenministeriums zu Papier gebracht haben –, sollte die Ausbreitung des Corona-Virus nicht gestoppt werden(112)(113).

Nun schauen wir uns die Zahlen für die ersten vier Wochen im März an (Kalenderwoche KW10–13). Da wir um die Fehlerhaftigkeit des Tests wissen, sprechen wir nicht von der Anzahl an Infizierten, sondern von der Anzahl an Menschen mit einem positiven Testergebnis.

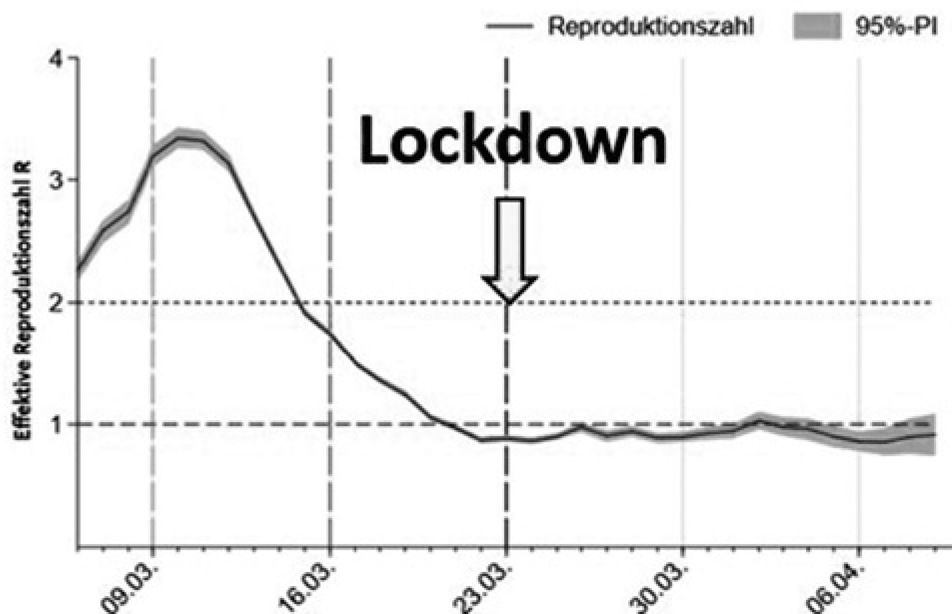


Das sieht tatsächlich fast nach exponentiellem Wachstum aus. Also genau das, was das RKI verkündet? Könnte man meinen, denn so wurde es überall präsentiert. Aber gleichzeitig fragt man sich, warum das RKI sich eigentlich nicht der Wahrheit und der Aufklärung unserer Bevölkerung verpflichtet fühlt. Sollte letzteres nicht auch seine Aufgabe sein? Hätte man dann nicht darauf hinweisen müssen, dass in der KW 12 die ca. dreifache Anzahl an Tests durchgeführt wurde und auch in der Woche danach sich die Anzahl an Tests weiter erhöht hat? Ist die Grafik so nicht verfälscht? Hätte man die Zahlen nicht korrigieren bzw. normalisieren müssen? Dies wäre ganz einfach zu erreichen, indem man z. B. die Anzahl von Infizierten pro 100.000 Tests angäbe, so wie im Diagramm auf nächsten Seite.

Der Text des RKI hätte eher lauten sollen: »Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger, unsere Zahlen liefern keinen Hinweis auf einen exponentiellen Anstieg an Neuinfektionen. Es gibt keinen Grund zur Sorge.«



In der Tat ist die Epidemie Ende März im wahrsten Sinne des Wortes »über den Berg«, wie man sehr schön an der R-Kurve des RKI ablesen kann, die am 15. April im Epidemiologischen Bulletin 17 veröffentlicht wurde(114):



Was sehen wir hier: 1.) Es ist klar, dass die Epidemie Anfang/Mitte März ihren Höhepunkt hatte und am 23. März, als der Lockdown kam, der Peak schon überschritten war. Der R-Wert war bereits seit dem 21. März unter 1.

2.) Wir sehen, dass der Lockdown nichts gebracht hat, da die Zahl ab dem 23. März schwankt, aber in der Zeit danach (Inkubationszeit) nicht signifikant sinkt.

3.) Wir sehen, dass auch die Maßnahmen zuvor nichts gebracht haben (Absage von Großveranstaltungen ab dem 9. März, Bund-Länder-Vereinbarungen vom 16. März), denn auch hier muss man die Inkubationszeit von 5 bis 14 Tagen bedenken. Sollte überhaupt irgendetwas den Kurvenverlauf beeinflusst haben, dann müssten es Maßnahmen Ende Februar gewesen sein. Was hatten wir denn da? Isolation und Quarantäne der Menschen aus Risikogebieten nach dem alten Infektionsschutzgesetz. Ach ja.

Kurze Zeit nach Veröffentlichung der Kurve rechnet uns Frau Merkel ausgiebig vor, was es mit dem R-Faktor auf sich hat, und gibt als Ziel aus, dass dieser Faktor unbedingt unter 1 sein muss! Zu einem Zeitpunkt, an dem dieser bei 0,7 war? Hier gab es wohl Probleme mit der Kommunikation. Das RKI springt zur Hilfe und verweist darauf, dass sich das Infektionsgeschehen nicht durch eine einzige Zahl abbilden lasse. Man müsse neben »R« auch immer die Zahl der täglichen Neuinfektionen berücksichtigen. Und die stieg zu dem Zeitpunkt noch, als der Lockdown in Kraft trat.

Okay, wenn der R-Faktor mit einmal nicht mehr zu gebrauchen ist, müssen wir halt wieder zu der Anzahl der Corona-positiv Getesteten. Da springen wir ganz flexibel hin und her … je nach Bedarf. Nun gut, es sei einer gewissen Unsicherheit im Umgang mit so einer Situation ohne vernünftige Berater geschuldet, dass man mal danebenliegt.

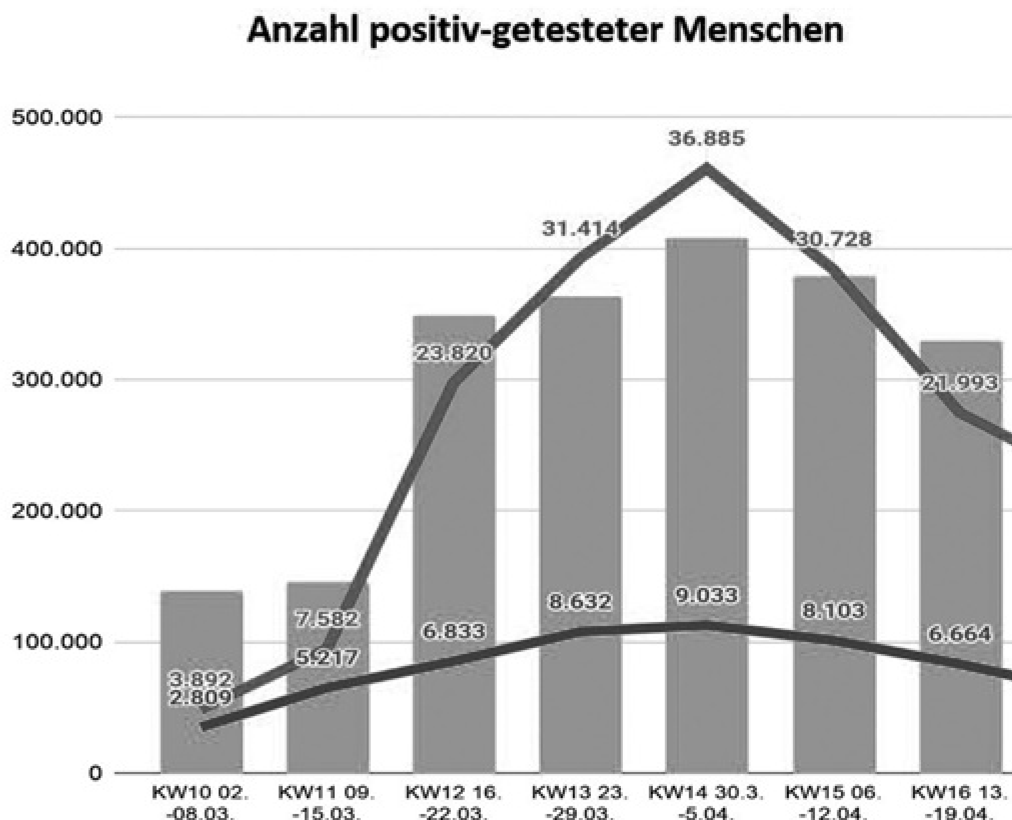
Nichts spricht dafür, den Lockdown zu verlängern

Wie sieht die Lage Mitte April aus, als es um die Entscheidung geht, ob der Lockdown noch mal verlängert werden sollte?

Nun, jetzt ist wirklich alles eindeutig. Genau wie der R-Wert zeigt uns ein Blick auf die Anzahl an Neuinfizierten glasklar, dass wir den Peak der Epidemie bereits überstanden haben (Abbildung: Corona-Initiative Deutscher Mittelstand – www.cidm.online). Die obere Linie stellt die Summe der »Neuinfizierten« dar, die so schön nach rasanter Zunahme aussieht – wie sie

die Presse ständig präsentiert hat, die untere (korrekte) Linie stellt die um die Anzahl an durchgeführten Tests (Balken) entsprechend korrigierte Anzahl an »Neuinfizierten« dar (pro 100.000 Tests).

Tatsache ist, eine Gefahr der Überlastung unserer Krankenhäuser hat es nie gegeben, da wir nie ein exponentielles Wachstum der Infektionszahlen hatten. In den Kliniken stehen Tausende Betten leer! Es gab nie eine riesige »Welle« an COVID-19-Patienten. Nicht weil die »Maßnahmen« so toll gewirkt haben, sondern weil die Epidemie schon vor Einführung der Maßnahmen vorbei war. Nun haben aber viele Krankenhäuser alle planbaren, nicht lebensnotwendigen Operationen aufgeschoben oder ganz ausgesetzt. Operationen an der Hüfte oder an Kniegelenken, Untersuchungen bei Krebspatienten etc. etc. etc. Viele Kliniken melden Belegungsrückgänge in der Größenordnung von 30 Prozent und mehr. Die Ärzte werden in Kurzzeit geschickt(115). Jetzt, wo jeder Blinde sehen konnte, dass alles vorbei war, dass es nie dramatisch war und dass ALLE Maßnahmen mit sofortiger Wirkung aufgehoben werden MUSSTEN – was macht unsere Regierung?



Der Lockdown wird verlängert

Am 15. April verlängert Deutschland den Lockdown. Bis zum 3. Mai werden die Abstandsregeln und Kontaktbeschränkungen verlängert. Demnach ist in der Öffentlichkeit ein Abstand von 1,5 Metern einzuhalten. Man darf sich dort nur im Kreis der Angehörigen oder mit einer weiteren, nicht im Haushalt lebenden Person aufhalten. Das Versammlungsverbot in Gotteshäusern bleibt bis auf Weiteres in Kraft. Großveranstaltungen bleiben bis zum 31. August grundsätzlich untersagt.

Immerhin, weitere Geschäfte dürfen öffnen – mit einer Ladenfläche von bis zu 800 Quadratmetern. Interessante Zahl, warum wohl nicht 700 oder 900? Ausgenommen von dieser Einschränkung sind Kfz- und Fahrradhändler und Buchhandlungen – sie dürfen unabhängig von ihrer Größe die Türen öffnen. Die Willkür regiert.

Noch schlimmer: Obwohl alles vorbei ist und obwohl man weiß, dass Masken nichts bringen, wird zu guter Letzt auch noch die Maskenpflicht eingeführt!

Maskenpflicht

Wie dumm kann man eigentlich sein – möchte man fragen.

Punkt 1) Es gibt keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass symptomfreie Menschen ohne Husten und Fieber die Erkrankung verbreiten

Punkt 2) Einfache Masken halten die Viren nicht zurück, gerade wenn man hustet(116).

Punkt 3) Sie schützen bekanntermaßen auch nicht vor Ansteckung.

Größe Corona-Virus: 160 Nanometer (0,16 Mikrometer), Größe »Poren« in einfachen Baumwollmasken 0,3 Mikrometer. Sie fliegen durch herkömmliche Masken oder Mund-Nase-Bedeckung aus Stoff durch wie durch ein offenes Fenster.

Durch die Empfehlung der Bundesregierung, Masken zu tragen, glauben viele ältere Menschen, dass diese einen Schutz bietet und dass es sinnvoll sein muss. Doch ganz im Gegenteil, das Tragen einer Maske birgt ernste gesundheitliche Risiken, insbesondere für Menschen mit Lungenerkrankungen, Herzschwäche, aber auch für Patienten mit Angst- und Panik-Störungen.

Selbst die WHO gab klar zu verstehen, dass das generelle Tragen von Masken in der Öffentlichkeit keinen Zweck erfüllt(117).

Was sagt das RKI? Hier wird passend zum Umschwenken der politischen Meinung die ursprüngliche Empfehlung geändert. Nun darf man bei all den Betrachtungen nicht vergessen, dass das RKI eine Bundesbehörde ist, die dem Bundesministerium für Gesundheit und letztendlich der Regierung untersteht.

Nachdem das RKI sich sehr lange korrekterweise gegen eine allgemeine Maskenpflicht ausgesprochen hat – heißt es dann auf einmal: »Wenn Menschen – auch ohne Symptome – vorsorglich eine Maske tragen, könnte das das Risiko einer Übertragung von Viren auf andere mindern. Wissenschaftlich belegt sei das aber nicht.« Zumindest der letzte Satz stimmt. Es gibt keine wissenschaftliche Studie, die zeigen würde, dass es irgendeinen Sinn macht, in der Öffentlichkeit Masken zu tragen. Ganz im Gegenteil(118)(119).

Kein (normaler) Mensch trägt gerne eine Maske vor dem Gesicht. Aber es ist erstaunlich, was mediales Brainwashing mit der deutschen Bevölkerung gemacht hat. Was sagen die Bürger/innen auf der Straße, befragt zum Thema Maskenpflicht: »*Wenn es vorgeschrieben ist und alle mitmachen, dann ist es auch sinnvoll.*«

Hm, wenn es vorgeschrieben wäre, dass alle Menschen in Deutschland eine rote Pappnase tragen sollten, und alle machen mit – wäre das dann auch sinnvoll? Dass nichts mehr in diesem Land hinterfragt wird, ist alarmierend.

Auch nicht die ständige Panikmache der Herren Drosten und Wieler.

Drosten fantasiert Ende April wieder von der ganz großen Welle – jetzt natürlich von der zweiten großen Welle(120): »Würde die Zahl R durch Leichtsinn … wieder über 1 steigen und sich das Virus damit wieder exponentiell verbreiten, hätte dies voraussichtlich verheerende Folgen. Weil die Infektionswelle dann überall gleichzeitig starte, hätte sie eine ganz andere Wucht«.

Hat Herr Drosten tatsächlich verpasst, dass wir nie einen exponentiellen Anstieg der Infektionszahlen hatten?

Und woher soll die zweite Welle kommen?

Drosten: Das zeigt das Beispiel der Spanischen Grippe, die 1918 zum Ende des Ersten Weltkriegs ausgebrochen ist. Die meisten der 50 Millionen Todesopfer starben bei der zweiten Welle.

Lieber Herr Drosten, hätten Sie mal in Epidemiologie besser aufgepasst –

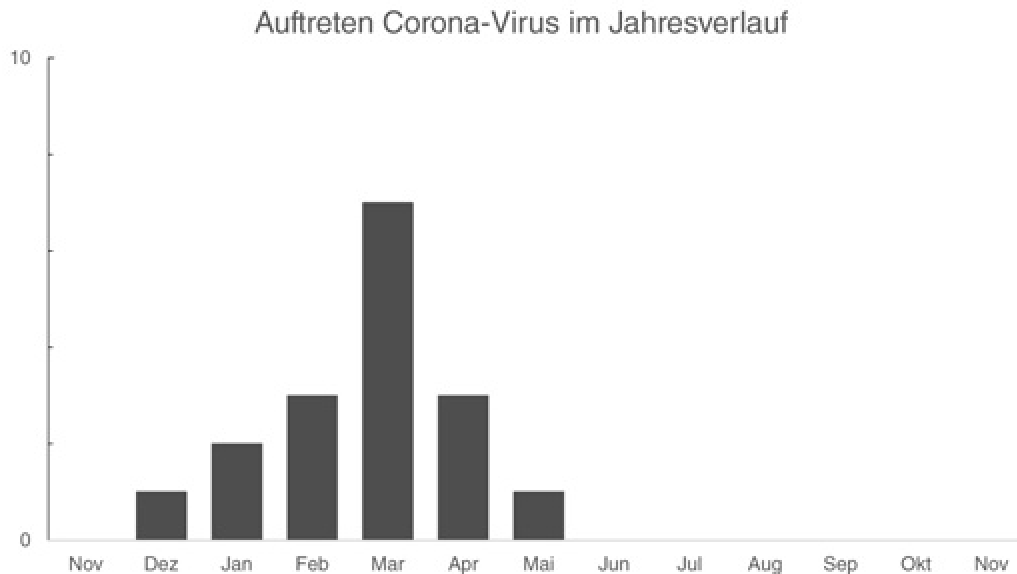
und in Geschichte vielleicht auch? Eine Epidemie ist ein ZEITLICH und örtlich begrenztes vermehrtes Auftreten von Krankheitsfällen einheitlicher Ursache. Das ist bei allen Epidemien so, auch bei der Grippe etc. etc. etc.

Die Spanische Grippe als einzige Ausnahme in der Geschichte als Vergleich zu der COVID-19-Epidemie anzuführen, um eine »zweite furchtbare Welle« in die Köpfe der Menschen zu transportieren, ist unverantwortlich.

Man fragt sich, nach welchen Kriterien unsere Regierung eigentlich den Exklusiv- Informanten für das deutsche Volk ausgewählt hat … ein Schelm, wer da eine Absicht vermutet.

Nur in Kürze: Zur Zeit der Spanischen Grippe waren Antibiotika noch gar nicht »erfunden«, entsprechend starben die Menschen wie die Fliegen – nicht an den Viren, sondern durch die Sekundärinfektionen mit den Bakterien(121). Vor allem waren nicht in erster Linie multimorbide ältere Menschen gefährdet, sondern es starben Menschen aller Altersgruppen – insbesondere auch die jungen. Die Spanische Grippe hat weltweit ungefähr 50 Millionen Menschenleben gefordert – wer die Spanische Grippe in irgendeiner Form mit COVID-19 vergleicht, tut dies entweder aus Ahnungslosigkeit oder weil er den Menschen Angst machen will.

Nun ist klar, dass Viren sich verändern, mutieren und nicht einfach so verschwinden. So wie es schon immer eine Grippe-Saison gab, gab es auch schon immer eine Corona-Virus-Saison und eine XY-Virus-Saison(122). Wir sehen hier das bekannte typische Auftreten von Corona-Viren im Monatsverlauf am Beispiel einer finnischen Studie, in der an einer Probandengruppe die Anzahl an Infizierten für verschiedene Erkältungsviren untersucht wurde(123):



Kommt einem irgendwie bekannt vor, oder? Erinnert ein wenig an unsere RKI-Daten mit einem Peak im März und dann gehen die Zahlen wieder herunter.

Bloß: Die finnische Studie stammt aus dem Jahr 1998!

Natürlich werden wir in der nächsten »Corona-Saison« auch wieder mehr SARS-CoV-2 finden – wenn wir danach suchen. Und auch hier wird wieder gelten, je mehr wir suchen, desto mehr werden wir finden. Aber es spielt überhaupt keine Rolle.

In der Washington Times wird die Corona-Krise sehr treffend zusammengefasst(124): *The facts are this: COVID-19 is a real disease that sickens some, proves fatal to others, mostly the elderly – and does nothing to the vast majority. That's it.*

Gott sei Dank gibt es auch vernünftige intelligente Menschen, die sich bei uns zu Wort melden.

Prof. Stefan Homburg, Direktor des Instituts für Öffentliche Finanzen der Leibniz Universität Hannover, legte in einem Interview klar dar, wie die Zahlen des Robert-Koch-Instituts gezeigt haben, dass ein Lockdown unnötig war, und forderte die sofortige Beendigung(125).

Doch die kritischen Stimmen werden beharrlich ignoriert. Wollten Bundesregierung und Länder eigentlich keine anderen fachkundigen Meinungen? Oder gab es vielleicht einen Exklusivvertrag mit Herrn Drosten?

Der scheint irgendwie Spaß am Warnen zu haben?

Denn der warnt weiter: Diesmal davor, dass Deutschland gerade durch zu

weitgehende Öffnungen der Einschränkungen Gefahr laufe, seinen Vorsprung bei der Pandemie-Bekämpfung aufs Spiel zu setzen(126).

Lockerungen mit angezogener Handbremse

Ab Anfang Mai durfte vorsichtig geöffnet werden. Wieder geht das Wettrennen los, diesmal zum Abrüsten. Bayern und Hessen preschen vor und schaffen Fakten, Schulen und Kitas sollen möglichst bald wieder Kinder aufnehmen können. Die Kontaktbeschränkungen werden »gelockert«, das Leben langsam wieder angefahren, aber bis zum 5. Juni heißt es erst mal weiter Abstand halten.

Jetzt könnte doch endlich alles gut sein?!

Aber jedes Mal, wenn das Thema Lockerungen aufkommt, wird die Panik-Maschinerie angeworfen.

Das RKI warnt und warnt und warnt(127): »Die Reproduktionszahl ist wieder über dem kritischen Wert 1. Genau genommen bei 1,1 …«

Oh Schreck, vielleicht waren die Lockerungen zu früh, geistert es sofort durch die Medien!

Aber der Wert schwankte doch immer etwas, ist auch abhängig von der Zahl der Testungen, wird ständig anders berechnet, und die Zahlen der Infizierten und Toten sagen doch, dass alles vorbei ist?

Man kann das alles nicht mehr hören. Wer soll das noch glauben?

Dann wieder ein großer Schreck: Haben wir möglicherweise eine Übersterblichkeit in Deutschland(128)?

Übersterblichkeit? Tatsächlich? Und falls ja, könnte es vielleicht auch mit den Kollateralschäden der Maßnahmen zu tun haben? Nun, die werden wir wohl eher in den nächsten Monaten und Jahren sehen, aber sind diese überhaupt in die Risikobewertung des dafür zuständigen Bundesministeriums für Inneres (BMI) eingeflossen? Diese Frage stellt sich auch ein engagierter Mitarbeiter des BMI, Referatsleiter für Risikoanalysen. Tatsächlich stellt er fest, es hat nie jemand den potenziellen Nutzen gegen den potenziellen Schaden abgewogen?! Er setzt sich dran und fertigt ein umfangreiches Dokument zur Risikobewertung der Kollateralschäden der Corona-Krise an,

trägt alle Fakten zusammen, die ihm wichtig erscheinen. Fazit war, dass die Maßnahmen insgesamt überbordend und unverhältnismäßig waren/sind und dass sie immense, nicht wiedergutzumachende Kollateralschäden erzeugt haben, ohne dass ein erkennbarer Nutzen entstanden sei. Um sicher zu sein, dass fachlich keine Fehler drin sind, kontaktiert er verschiedene renommierte Wissenschaftler, zehn an der Zahl, auch uns. Die Fakten stimmen. Das Dokument schickt er herum, an alle zuständigen Behörden – und wird suspendiert.

Wir gaben eine Pressemitteilung heraus, die klarstellte, dass wir seine Schlussfolgerungen für wichtig und richtig erachteten. Über den Inhalt der Analyse wurde im Innenministerium kein weiteres Wort verloren; obwohl die alarmierenden Einschätzungen zu den negativen Folgen der Corona-Maßnahmen offensichtlich waren, wird dieses Thema ignoriert(129).

Ende Mai, kurz bevor die Einigung von Bund und Ländern zur Kontaktbeschränkung auslief, einigte man sich auf eine weitere Verlängerung bis zum 29. Juni.

Auf welcher Grundlage?

Aus wissenschaftlicher Sicht gab es schon seit Wochen keinen einzigen Grund für irgendeine Beschränkung oder Maßnahme. Für Deutschland war klar, dass wir es nie mit einem Infektionsgeschehen von nationaler Tragweite zu tun hatten.

Doch was sagt Frau Merkel: Sie warnt zur anhaltenden Vorsicht. Ende Mai verkündet sie, wir würden immer noch »am Anfang der Pandemie leben«. Das Abstands- und Maskengebot sei unerlässlich im Kampf gegen das Coronavirus.

Herr Spahn äußert sich am 25. Mai in der Bildzeitung zur Frage der Maßnahmen-Abschaffung: »Es darf in keinem Fall der Eindruck entstehen, die Pandemie wäre schon vorbei.«

Liebe Frau Merkel, lieber Herr Spahn, die Pandemie WAR VORBEI!

Um das zu erkennen musste man weder Mediziner noch Infektionsepidemiologe sein. Die Zahlen aller Länder – für jeden jederzeit einsehbar u.a. auf der Homepage der Johns Hopkins Universität – zeigten klar, dass überall in Europa die »Corona-Pandemie« vorbei war.

Und nochmal zur Erklärung: Das war kein Erfolg von Abstands- und Hygieneregeln, die Corona-Viren zogen sich – wie jedes Jahr im Mai – zurück.

Während bei uns Frau Merkel weiter und weiter auf die Einhaltung der

Maßnahmen pochte, liefen in anderen Ländern wie der Schweiz die Menschen längst wieder ohne Masken durch die Supermärkte – selbstverständlich ganz ohne einen neuerlichen Anstieg der Infektionszahlen.

Zu viel? Zu wenig? Was ist passiert?

Die Frage der Krankenhausüberlastung

Die Bilder aus Italien und Spanien haben Angst verbreitet. Schwerkranke Menschen, für die es keine Beatmungsgeräte mehr gibt? Furchtbar.

Sie haben uns gezeigt, was passiert, wenn das Gesundheitssystem eines Landes an seine Grenzen und darüber hinaus gerät. Bei allen Überlegungen, was in Deutschland zu tun sei, stand die vom RKI geschürte Angst im Vordergrund, dass wir solche Szenarien auch in Deutschland nicht ausschließen könnten. Daraufhin haben wir schnell Beatmungsgeräte geordert und Krankenhausbetten frei gemacht, Operationen nach hinten verschoben oder abgesagt … In Berlin wurde extra auf die Schnelle ein neues Krankenhaus für 1.000 Patienten gebaut – in 38 Tagen –, und dann als es fertig war: weit und breit kein Patient(130) …

Schauen wir uns das genauer an. Anfang März ist klar, die Epidemie rollt durch Deutschland. Ist unser Gesundheitssystem gut gerüstet? Der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Uwe Janssens, gibt Entwarnung im Deutschlandfunk(131): »Wir haben genug Intensivbetten!« Selbst wenn es zu so vielen Corona-Infektionen wie in Italien kommen würde. Wir haben ungefähr 28.000 Betten auf Intensivstationen, von denen 25.000 mit Beatmungsgeräten ausgestattet sind, das sind fast 34 Betten auf 100.000 Personen. Das findet man in keinem anderen Land in Europa. Auch Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, entwarnt(132): »Auch die italienischen Verhältnisse würden uns noch längst nicht überlasten.«

Doch das RKI schürt die Angst. Die »Zahl der Intensivbetten wird nicht reichen«, verkündet Herr Wieler Anfang April im Handelsblatt(133). Warum? Herr Wieler: »Die Epidemie geht weiter, auch die Zahl der Toten wird weiter steigen.« Aha, das ist doch mal wieder eine Erklärung. Könnte glatt von einem Tierarzt sein.

Nun gut, kommen wir zum Problem. Das Problem war, dass sehr viele Hochrechnungen gemacht wurden, die von Anfang an von den falschen

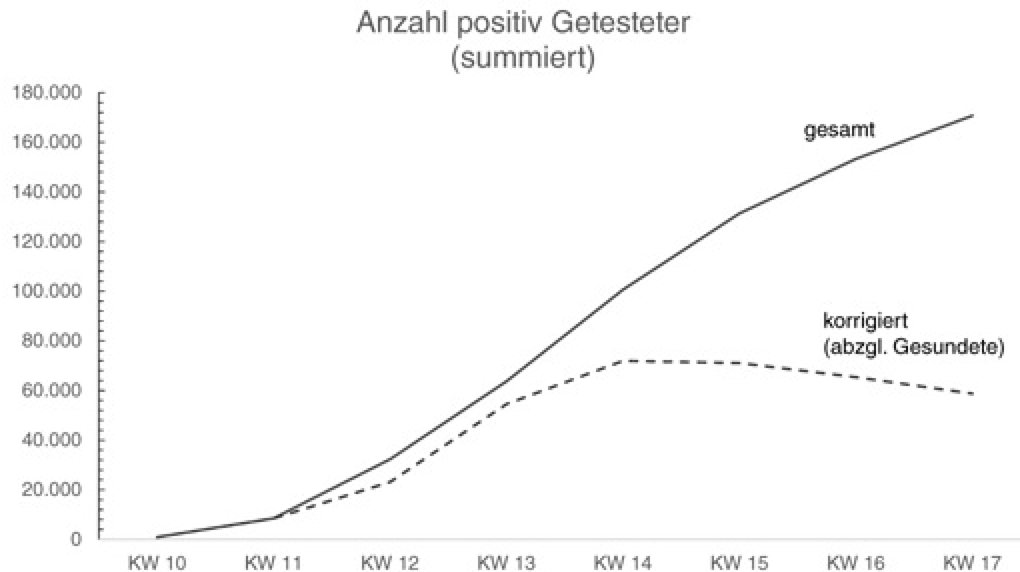
Zahlen ausgingen.

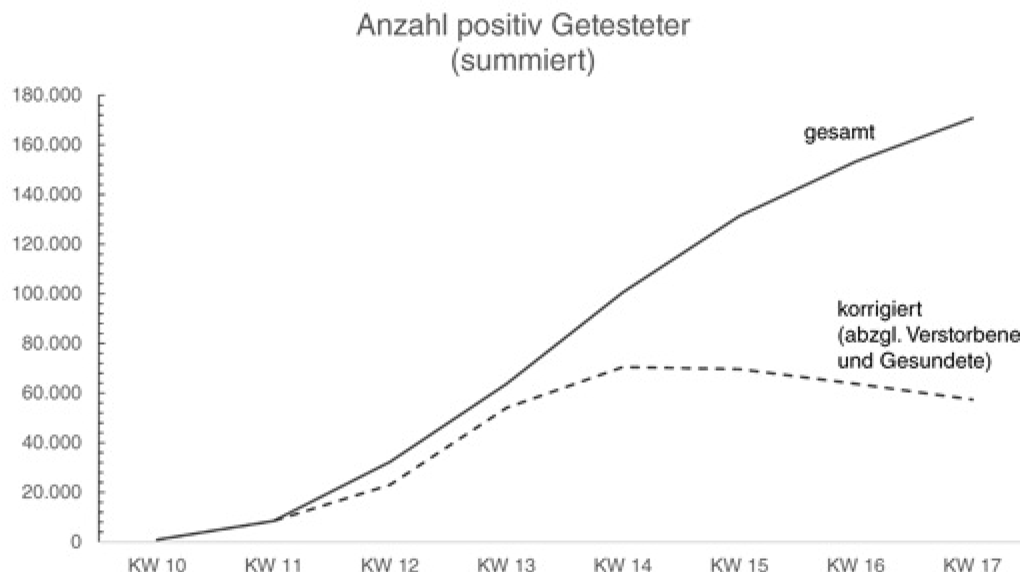
Man ging von der gesamten Anzahl aller Infizierten aus – von 100 % –, ohne zu berücksichtigen, dass bis zu 80 % oder gar 90 % nicht ernsthaft krank würden und 5 % der Infizierten, eher weniger, intensivmedizinische Behandlung oder gar ein Beatmungsgerät benötigen würden. Noch mal zur Klarstellung: Eine Infektion bedeutet das Eindringen und die Vermehrung eines Erregers im Körper. Dieses kann ganz ohne Symptome vonstattengehen. Dann haben wir eine Infektion, aber keine Erkrankung. Wie wir bereits wissen, bleibt bei COVID-19 – genau wie bei den »herkömmlichen« Corona-Viren – ein Großteil der Infizierten ohne schwere Symptome. Wir schauen also auf einen ganz kleinen Anteil an Infizierten, die schwere Verläufe entwickeln, die möglicherweise einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen. Ein Krankenhausaufenthalt bedeutet nicht sofort Intensivbett und Intensivbett bedeutet nicht automatisch Beatmungsgerät.

Was Herr Wieler gemeint haben könnte, ist, dass die Anzahl der Infizierten steigt, die die Krankenhäuser fluten könnten. Schade für die verunsicherte Bevölkerung war, dass er es versäumte zu erwähnen, dass bei einer Infektion die erwähnte Unterscheidung zwischen infiziert und erkrankt vorgenommen werden muss UND dass die ganz, ganz große Mehrzahl der Patienten relativ rasch wieder gesundet.

Diese »Gesundeten« müssen von der Zahl der positiv getesteten (siehe Grafik nächste Seite, durchgezogene Linie) natürlich abgezogen werden (erstes Bild, gepunktete Linie), damit man einen realistischen Hinweis auf die tatsächliche Belastung des Gesundheitssystems bekommt.

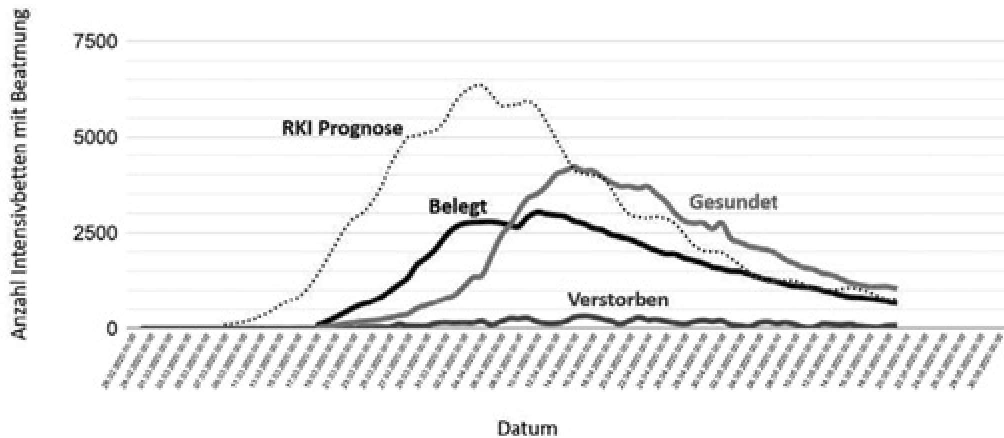
Genau genommen müsste man auch noch die Verstorbenen abziehen, nur sind es so wenige, dass es – so tragisch und traurig auch für jeden Einzelfall – in der Darstellung keinen Unterschied macht (zweites Bild rechts, gepunktete Linie).





Die Prognosen vom RKI ließen jegliches Verständnis für die praktischen, wirklichkeitsnahen Aspekte der medizinischen Versorgung vermissen.

Das sehen wir auch am folgenden Diagramm (Quelle: Corona-Initiative Deutscher Mittelstand www.cidm.online). Die punktierte Linie stellt die Prognose des RKI hinsichtlich der benötigten Intensivbetten mit Beatmung dar. Sie war viel zu hoch prognostiziert – wie man im Vergleich zu der tatsächlich belegten Bettenzahl sieht.



Tatsächlich sind wir in Deutschland nie Gefahr gelaufen, dass unser Gesundheitssystem zusammenbricht. Falls irgendjemand am Anfang daran Zweifel gehabt haben sollte, hätte man – spätestens, als es um die Entscheidung zur Verlängerung des Lockdowns ging – Mitte April sehen können, dass es KEINEN Grund für weitere Maßnahmen gab.

Alle Maßnahmen hätten mit sofortiger Wirkung aufgehoben werden müssen.

Das sagten der R-Wert, die Anzahl an Infizierten, die Anzahl an Verstorbenen und der Blick auf die Auslastung der Intensivbetten.

Während die Krankenhäuser auf Corona-Patienten warteten, die es schlichtweg kaum gab, konnten die echten, notleidenden Patienten nicht kommen. Die Betten standen leer. Es war nicht nur reine Solidarität, aus der wir Patienten aus anderen Ländern aufgenommen haben.

Die Kliniken geraten in finanzielle Not. Mehrere melden mitten in der Corona-Krise Kurzarbeit für Ärzte und Pflegepersonal an(134). So einen Fehlalarm mit entsprechend katastrophaler Fehlplanung hat es in der Geschichte Deutschlands nicht gegeben.

In anderen Ländern allerdings nicht anders. Tausende US-Mediziner wurden beurlaubt oder entlassen, da die routinemäßigen Patientenbesuche während der Corona-Virus-Pandemie erdrutschartig absackten(135).

Wie war das noch mit der Überlastung der Krankenhauskapazitäten?

Zu jeder Zeit gab es sehr viel Luft nach oben. Apropos Luft …

Mangel an Beatmungsgeräten?

Nun wird es nicht schaden, dass wir noch einige Beatmungsgeräte bestellt haben. Bei COVID-19 wird das Thema Beatmung allerdings sehr kontrovers diskutiert(136–140). Dabei sind befürwortende Stimmen aus der Ärzteschaft kaum hörbar.

Invasive Beatmung bedeutet, dass der Patient in ein künstliches Koma gelegt wird, er ist nicht mehr ansprechbar, braucht eine Komplettversorgung auf der Intensivstation(141). Die Beatmungsmaschine drückt den Sauerstoff über einen Schlauch mit Überdruck in die Lunge. Über den Schlauch verschaffen sich nicht selten Bakterien Zutritt – und führen früher oder später zur tödlichen Lungenentzündung. Der Mediziner spricht von Krankenhausinfektionen. Das Risiko dafür steigt mit jedem Tag. Deshalb lernt der Mediziner auch, dass eine Beatmung zwar so lange wie nötig, aber immer nur so kurz wie möglich angewandt werden sollte.

COVID-19-Patienten werden hingegen sehr früh und für sehr lange beatmet. Warum?

Es ist offiziell vorgegeben, weil bei nicht-invasiver Beatmung womöglich zu viel Aerosol (Tröpfchenkerne, kleiner als 5 Mikrometer) frei werden würde, sodass das Personal ein erhöhtes Risiko haben könnte, sich anzustecken. Allerdings gibt es durchaus Hinweise, dass Aerosol gar keine große Rolle bei der Übertragung der Erkrankung spielt(142). Die alleinige Tatsache, dass SARS-CoV-2 in Aerosoltröpfchen gefunden werden kann(143), bedeutet nicht, dass die Dosis ausreicht, um eine Erkrankung auszulösen(144).

Wäre es deshalb nicht viel sinnvoller gewesen – unter Einhaltung entsprechender Schutzmaßnahmen –, schonendere Maßnahmen für die Patienten zu wählen?

In der Tat sind viele ausgewiesene Lungenfachärzte der Meinung, dass bei COVID-19-Patienten zu häufig und viel zu lange intubiert und invasiv beatmet wird(139)(140). Die Risiken sind hoch, die Erfolge fragwürdig. Dr. Gerhard Laier-Groeneveld von der Lungenklinik Neustadt im Harz glaubt, dass man auf jeden Fall die Intubation vermeiden muss. An seiner Klinik behandelt er COVID-19-Patienten mit Beatmungsmasken und bei Bewusstsein. Er hat bisher keinen einzigen Patienten verloren(139).

Dr. Thomas Voshaar, Vorsitzender des Verbands der pneumologischen Kliniken, ist ebenfalls der Meinung, dass in Deutschland oft zu früh intubiert wird(140). Er findet, allein die hohen Todesraten in anderen Ländern

»müssten Grund genug sein, diese Strategie der frühen Intubation zu hinterfragen«. Nur einen von 40 Patienten habe er bisher maschinell beatmet. Dieser Patient sei in der Folge gestorben. Alle anderen hätten überlebt.

Der Palliativmediziner Matthias Thöns sagt im Deutschlandfunk-Interview(145), hier gekürzt wiedergegeben: *»Die Politik hat jetzt eine sehr einseitige Ausrichtung auf die Intensivbehandlung, auf das Kaufen neuer Beatmungsgeräte, auf Ausloben von Intensivbetten. Und wir müssen ja bedenken, dass es sich bei den schwer erkrankten COVID-19-Betroffenen meistens um hochaltrige, vielfach erkrankte Menschen handelt, 40 Prozent von denen kommen schwerstpflegebedürftig aus Pflegeheimen. Es ist eine Gruppe, die üblicherweise und bislang immer mehr Palliativmedizin bekommen hat als Intensivmedizin, und jetzt wird so eine neue Erkrankung diagnostiziert und da macht man aus diesen ganzen Patienten Intensivpatienten.«*

Er weist darauf hin, dass laut einer chinesischen Studie 97 Prozent trotz Maximaltherapie (mit Beatmung) versterben. Von denen, die gerettet werden, kommen nur wenige wieder zurück in ihr altes Leben, eine große Anzahl verbleibt schwerstbehindert. Das seien Zustände, die die meisten alten Menschen für sich ablehnen. Er ist dafür, die Menschen aufzuklären, ob sie am Lebensende, isoliert von der Familie, die Leidenslast einer Intensivbehandlung auf sich nehmen wollen oder gut versorgt und leidensgelindert – mit dem Risiko, dass sie nicht überleben – zu Hause bei ihren Liebsten bleiben wollen. Der Wille des Menschen sollte an höchster Stelle stehen. Herr Thöns ist sich sicher, die meisten Menschen würden den zweiten Weg wählen.

Waren die Maßnahmen angebracht?

Relativ früh war klar, dass Sars-CoV-2 kein Killervirus war, sondern sich irgendwo zwischen einer leichten und einer schweren Grippewelle würde einordnen lassen. Es gab nie einen exponentiellen Anstieg der Neuinfektionen, auch wenn das RKI uns das nicht verraten hat.

Man hätte relativ früh sehen können, dass es nie zu einer Überforderung unseres Gesundheitssystems kommen würde. Der Preis, um ein relativ ansteckendes, aber gleichzeitig nicht gemeingefährliches Virus aufhalten zu wollen, ist nicht nur hoch, sondern zu hoch, wenn man Nutzen und Schaden

betrachtet.

Was hat unsere Regierung richtig gemacht?

- ?

Was hat unsere Regierung falsch gemacht?

- Eine Epidemie von nationaler Tragweite ausgerufen, die es nicht gab
- Den Bürgern dieses Landes ihre Mündigkeit abgesprochen
- Willkürliche anstatt evidenzbasierte Entscheidungen getroffen
- Angst und Verunsicherung verbreitet, anstatt Aufklärung zu betreiben
- Völlig sinnlosen Lockdown verordnet, als alles vorbei war
- Sinnlose Maskenpflicht eingeführt, als alles vorbei war
- Maßnahmen nicht aufgehoben, als klar wurde, dass diese nicht verfassungsgemäß waren
- Die Wirtschaft geschädigt und Existenzen vernichtet
- Geld in die sinnlose Entwicklung eines Impfstoffes verschwendet
- Immense gesundheitliche Schäden in der Bevölkerung verursacht
- Immenses Leid in der Bevölkerung verursacht

Was hätte unsere Regierung tun sollen?

Das, was die Kanzlerin und die Minister in ihrem Amtseid geschworen haben:

»Ich schwöre, dass ich meine Kraft dem WOHLE des deutschen Volkes widmen, seinen NUTZEN mehren, SCHADEN von ihm wenden, das Grundgesetz und die Gesetze des Bundes wahren und verteidigen, meine Pflichten gewissenhaft erfüllen und Gerechtigkeit gegen jedermann üben werde.«

»Kollateralschäden« – was passiert rundum?

Schon relativ früh, am 20. März, stellte Dr. David L. Katz, Präsident der True Health Initiative, die Frage(146): Ist unser Kampf gegen das Corona-Virus schlimmer als die Krankheit? Möglicherweise gibt es gezieltere Möglichkeiten, um die Pandemie zu bekämpfen. Was ist mit den ganzen Kollateralschäden, die wir in Kauf nehmen?

Der Stanford-Professor Dr. Scott Atlas erklärt in einem Interview mit CNN, dass man durch die falsche Idee, COVID-19 stoppen zu müssen, eine katastrophale Situation im Gesundheitsbereich geschaffen habe(147). Es seien irrationale Ängste erzeugt worden, denn die Erkrankung sei insgesamt mild. Deshalb gebe es auch absolut keinen Grund für umfangreiche Testungen in der Allgemeinbevölkerung, diese seien nur gezielt in Krankenhäusern und Pflegeheimen erforderlich. Professor Atlas verfasste Ende April einen Artikel mit dem Titel »Die Daten sind da – Stoppt die Panik und beendet die totale Isolation«, der für Aufsehen sorgte(148).

Auch in Deutschland äußert sich immerhin einer sehr klar. Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble konstatierte, man darf dem Schutz von Leben nicht alles unterordnen(149).

»Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.«

Sofort nehmen die Medien diese Aussage zum Anlass, um eine Diskussion übers Knie zu brechen: »Menschenleben versus Menschenwürde – darf man das abwägen«(150)?

Viele haben immer noch nicht verstanden, dass wir beides geopfert haben.

Befürworter der sinnlosen Maßnahmen argumentierten gerne wie folgt: Jeder ältere Mensch hat das Recht, so alt wie möglich zu werden, und selbst wenn das Virus nur der Tropfen war, der das Fass zum Überlaufen brachte, war es doch schuld. Ohne das Virus hätte der Mensch vielleicht noch ein paar Monate oder Jahre länger gelebt. Es sei mehr als verwerflich, den alten Menschen in unserer Gesellschaft dieses zu verwehren. Die Wirtschaft kann sich wieder erholen, aber Tote kann man nicht wieder ins Leben bringen. Kaum ein Politiker, der nicht gebetsmühlenartig dieses Credo verkündet: Bei

allen wirtschaftlichen Einbußen muss der Gesundheitsschutz der Bürger Vorrang haben.

Das mag grundsätzlich richtig klingen, ist aber trotzdem gleichzeitig ein Zeugnis von einem komplett fehlenden Verständnis der übergeordneten Zusammenhänge. Weil sie so wichtig sind, werden folgende Fakten wiederholt. Im Verlaufe der gesamten Epidemie sind maximal 8 von 10.000 Ü80-Jährigen mit oder an dem Virus verstorben. Die Zahl von »echten« COVID-Toten, also an dem Virus gestorbenen, kann nicht mehr als 2–4 pro 10.000 betragen. Wie viele Menschenleben haben die ganzen überbordenden Maßnahmen verlängert? 2 bis 4 pro 10.000 vielleicht? Oder gar 4 bis 8? Oder 12 bis 15? Mehr sicherlich nicht! Und zu welchem Preis? Man bedenke dabei, dass jedes Jahr über 100 von 10.000 Ü80-Jährigen schicksalhaft an Atemwegsinfektionen durch andere Erreger starben und auch weiterhin in jedem Jahr sterben werden.

Der einzige Mitarbeiter im BMI, der sich an eine Analyse der medizinischen Kollateralschäden gemacht hat, wurde umgehend suspendiert. Das wollte unsere Regierung nicht wissen. Wirtschaft darf nicht über Menschenleben gestellt werden? Aber was hat es für Konsequenzen für den Gesundheitsschutz der Bürger, wenn die Wirtschaft einbricht und Menschen existenzbedrohende Situationen erleben? Sehr viele, wie wir uns ansehen werden.

Wirtschaftliche Konsequenzen in Deutschland und weltweit

Es trifft alle Länder. Jeden Tag neue Meldungen. Die globale Wirtschaftskrise könnte 500 Millionen Menschen in Armut stürzen, geht aus einem Arbeitspapier der UN hervor(151).

Die amerikanische Notenbank Fed geht von einem dramatischen Rückgang der amerikanischen Wirtschaftsleistung um bis zu 30 Prozent aus(152). Der Fed-Direktor Jerome Powell rechnet mit einem Anstieg der Arbeitslosenquote auf 20 bis 25 Prozent. Inzwischen verloren in den Vereinigten Staaten infolge der Krise bereits knapp 36,5 Millionen Menschen ihre Jobs. Es sei »der traumatischste Jobverlust in der Geschichte der US-Wirtschaft«, sagte Gregory Daco, US-Chefökonom des Instituts Oxford Economics(153).

Die EU-Kommission sagt Europa eine tiefe Rezession von historischem

Ausmaß voraus(154).

Laut EU-Frühjahrsprognose wird die Wirtschaft dieses Jahr um gut 7 Prozent schrumpfen und sich auch im nächsten Jahr nicht vollständig erholen.

Auch in Deutschland bricht – wie zu erwarten – die Wirtschaft ein. Seit der zweiten Märzhälfte auf 80, vielleicht 85 Prozent der normalen Wirtschaftsleistung, so der Präsident des Instituts für Weltwirtschaft(155). Kurzarbeitergeld ist für etwa zehn Millionen Beschäftigte angemeldet. Ohne die Kurzarbeit wäre die Arbeitslosigkeit entsprechend angestiegen, ähnlich wie in den USA. So sind es im April »nur« 300.000 zusätzliche Arbeitslose(156). Aber das dürfte noch lange nicht das Ende der Fahnenstange sein.

Die Regierung rühmt sich, sie spannt Rettungsschirme auf, das »größte Hilfspaket in der Geschichte Deutschlands« soll die Kollateralschäden auffangen(157). Aber es reicht nicht vorn und nicht hinten, Unzählige fallen durch das Netz. Es ist sehr zu befürchten, dass die Maßnahmen auch in Deutschland Menschenleben gefordert haben. Und Verstorbene kann kein Rettungsschirm auffangen.

Konsequenzen für das Leben und die Gesundheit der Menschen im Land

Wir schauen auf verschiedene Phänomene:

- Viele Menschen, die krank sind, trauen sich nicht mehr in die Kliniken, weil sie Angst haben, sich mit dem »Killervirus« zu infizieren.
- Gerade Ältere wollen den Ärzten oft »nicht zur Last fallen«, weil diese ihrer Vorstellung nach so viel mit den COVID-19-Patienten zu tun haben.
- Auch viele Ärzte haben sich von den Medien blenden lassen und untersuchen ihre Patienten nicht mehr so, wie es angemessen wäre.
- Die Patienten, die seit Monaten darauf warten, dass endlich die notwendigen Untersuchungen gemacht werden – um vielleicht endlich die bestmögliche Tumortherapie einzuleiten, bekommen keine Termine, weil alles »nicht Lebensnotwendige« wegen Corona abgesagt oder verschoben wurde.
- Vorsorgeuntersuchungen werden nicht gemacht.
- Operationen werden verschoben, um Kapazitäten für »Corona-

Patienten« freizuhalten. Das kann den Gesundheitszustand des Patienten verschlechtern und im Nachhinein lebensbedrohliche Folgen haben.
- Die häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder nimmt zu.
- Die Anzahl an Suiziden wird sehr wahrscheinlich zunehmen.

Suizide und psychische Probleme

Nach der Finanzkrise 2008 stieg die Zahl der Suizide in sehr vielen Ländern auf der ganzen Welt. Laut einer Analyse der nationalen Gesundheitsgruppe Well Being Trust könnten 75.000 Amerikaner aufgrund von Drogen- oder Alkoholmissbrauch und Selbstmord infolge der Corona-Virus-Pandemie sterben(158). Die Gruppe schlägt Alarm, weil die zunehmende Arbeitslosenkrise, der wirtschaftliche Abschwung und der durch Isolation verursachte Stress »Todesfälle der Verzweiflung« erheblich erhöhen könnten. Das ist in anderen Ländern nicht anders. Die australischen Behörden rechneten mit einem Suizid-Anstieg von 50 %(159), damit wäre die Anzahl 10-fach höher als die Zahl der »Corona-Toten«.

In Deutschland wird mit einer halben Million mehr Arbeitslosen gerechnet. Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher Risikofaktor für einen Suizid, entsprechend gehen Wissenschaftler auch hier davon aus, dass die Anzahl stark zunehmen wird(160).

Herzinfarkte und Schlaganfälle

Der psychische Stress der Corona-Krise muss gar nicht im Suizid enden. Er ist aber auch für das Herz eine besondere Belastung. Arbeitslosigkeit etwa, die nun auch infolge von COVID-19 zunimmt, erhöht bei Menschen über 50 das Herzinfarktrisiko im gleichen Maße wie Rauchen, Diabetes oder Bluthochdruck(161). Doch wo sind überall die ganzen Patienten mit Herzinfarkt geblieben? Die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Arztpraxen verzeichnen deutlich weniger Patienten als bisher, ein Rückgang um etwa 30 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat. Nicht, weil es sie nicht mehr gibt, sondern weil die Menschen Angst vor Ansteckung haben. Sie bleiben – auch mit Symptomen – zu Hause.

»Das ist ein weltweites Phänomen und sehr gefährlich«, sagt Dr. Sven

Thonke, Chefarzt für Neurologie am Klinikum Hanau in der BZ(160). Er hat alleine in seiner Notaufnahme 20 Prozent weniger Schlaganfall-Patienten als sonst. Viele Schlaganfälle verursachen nur leichte Symptome wie Schwindel, Sprach- oder Sehstörungen, Lähmungen an einer Körperseite. Dr. Thonke: »In diesen Fällen mit leichten Symptomen haben wir sogar 50 Prozent weniger Notaufnahmen.« Das ist deshalb brandgefährlich, weil nach einem leichten Schlaganfall oft ein schwerer Anfall folgt, der dann tödlich sein kann. Dr. Thonke: Ursachen für einen Schlaganfall können zum Beispiel eine Verengung der Halsschlagader sein, die sofort operiert werden müsste. Oder auch Herzrhythmusstörungen, die medikamentös behandelt werden müssten.

Das Gleiche, so Dr. Sven Thonke, gelte natürlich auch für Herzinfarkt-Patienten. Auch hier gibt es deutlich weniger Notaufnahmen. Und auch hier gibt es oft nur leichte Symptome, mit denen Patienten nicht zum Arzt gehen. Auch das kann später zu tödlichen Infarkten führen.

Weitere Erkrankungen

Laut Wissenschaftlichem Institut der AOK seien im April 51 Prozent weniger Atemwegserkrankungen, 47 Prozent weniger Erkrankungen des Verdauungstrakts und 29 Prozent weniger Verletzungen und Vergiftungen diagnostiziert worden(162). Warum wohl?

Fehlende Untersuchungen zur Vorsorge, Nachsorge oder zur Krebsbehandlung

Die negativen Wirkungen von unterbrochenen Versorgungsstrukturen bei Tumorpatienten, egal ob Vorsorge, Nachsorge oder generelle Versorgung, liegen auf der Hand.

Viele Krebskranke bekommen monatelang die Nachricht, dass ihre nächste Untersuchung verschoben werden müsse. Sorgenvoll warten sie dann auf den neuen Termin – wissen nicht, wie ihre Werte sind, wie sehr der Tumor gewachsen ist, wie viel Zeit ihnen noch bleibt.

Abgesagte Operationen

In den zwölf Wochen der Corona-»Peak«-Zeit sind weltweit schätzungsweise

30 Millionen geplante Operationen verschoben oder abgesagt worden(163). Vor allem orthopädische Eingriffe an Knie- und Hüftgelenken, aber auch Krebs-Operationen. »Der Zustand von Patienten kann sich verschlechtern und ihre Lebensqualität einschränken, während sie auf eine verschobene Operation warten«, erklärte Aneel Bhangu, einer der beteiligten Forscher. Mitunter könne das Verschieben von OPs, etwa bei Krebs, auch zum Tode führen.

In Deutschland hatten wir im Jahr 2018 insgesamt ca. 17 Millionen vollstationäre Patienten mit OPs. Das sind im Schnitt 1,4 Millionen Patienten pro Monat. Mindestens 50 %, teilweise bis zu 90 % aller notwendigen OPs wurden im März, April und Mai verschoben bzw. nicht durchgeführt. Das heißt, mindestens zwei Millionen Menschen wurden nicht operiert, obwohl dies nötig gewesen wäre. Selbstverständlich wird das nicht ohne Folgen bleiben.

Zusätzliche Konsequenzen für die älteren Menschen im Land

In Deutschland sterben jeden Tag mehr als 1.000 Menschen über 80. Die, die es noch können, pflegen normalerweise ihre Gesundheit – durch Sport und Bewegung, durch soziale Kontakte, durch Erholung im Urlaub, durch Besuch von Veranstaltungen, sogar durch Shopping-Touren und und und. Während wir mit drastischen Mitteln zu verhindern suchten, dass diese Menschen an COVID-19 sterben, raubten wir ihnen gleichzeitig auf andere Art ihre Lebensqualität und damit verbunden auch ihre Lebenszeit.

Lebensqualität

Es geht gerade im Alter – wenn schon viele Freunde nicht mehr auf der Erde weilen, der Körper nicht mehr so will, wie er soll – nicht nur um die Tage und Jahre, sondern um das Lebenswerte am Leben.

Das kann der regelmäßige Besuch in der Sauna sein oder auch im Fitnessstudio. Da kann die tägliche morgendliche Tour mit dem Rollator zum Café an der Ecke das Highlight des Tages sein und das Leben lebenswert machen. Unter die Leute kommen, sich etwas gönnen, ein wenig Bewegung, um nicht einzurosten. Mit einmal ist das Café zu. Man soll nicht mehr unter Leute gehen, am besten auch gar nicht vor die Tür. Am besten auch keinen

Besuch.

Einsamkeit

Das Einzige, was Frauen und Männer im Alter vor der Einsamkeit schützt, ist ein gutes soziales Netzwerk. Fünf bis 20 Prozent der Senioren in Deutschland berichten über ausgeprägte Einsamkeitsgefühle. Für die Personen, die nicht mehr alleine aus dem Haus können, organisieren Pflegedienste »Seniorentreffen«, bei denen die älteren Herrschaften einmal in der Woche abgeholt und wieder heil nach Hause gebracht werden. Nicht viel, aber einmal unter Menschen, so wichtig.

Mit einmal Kontaktsperre. Monatelang. Der Pflegedienst meldet sich nur noch per Telefon, weil die älteren Menschen sich aus Angst vor Infektion nicht mehr trauen, diesen zu empfangen. Das Essen wird vor die Tür gestellt. Monatelang kein Mensch, der einem die Hand hält in der Einsamkeit.

Sterbebegleitung

Ja, jeder ältere Mensch sollte unbedingt das Recht haben, so alt wie möglich zu werden, und wir sollten alles dafür tun, damit er es schafft. Aber jeder ältere Mensch sollte auch das Recht haben zu sterben und zu entscheiden, wie er stirbt. Ein Großteil dieser Menschen fürchtet sich nicht vor dem Lebensende. Wenn es so weit ist, dem Tod zu begegnen, werden Menschen zunehmend gelassen.

Wenn von den »älteren Menschen«, die wir schützen müssen, die Rede ist, haben viele die Bilder der »rüstigen Rentner« im Kopf, die ihre Zeit auf Kreuzfahrtschiffen genießen. Tatsächlich reden wir aber bei der großen Mehrheit von multimorbiden Menschen, die am Lebensende stehen. Menschen, die wundgelegen ihr Bett schon sehr lange nicht mehr verlassen konnten, Menschen, bei denen der Tumor sich im ganzen Körper ausgebreitet hat, Menschen, die unendlich leiden, weil die Schmerztherapie nicht mehr greift, Menschen, die sehr oft gar nicht mehr können – und vielleicht auch nicht mehr wollen. Menschen, die manchmal darauf warten, dass das Schicksal sie von ihrem Lebensleid erlöst.

Bei all den Schutzmaßnahmen, die man gerade für die Risikogruppe in den Alten-/Pflegeheimen braucht – muss am Ende doch (selbstverständlich ohne andere zu gefährden) die individuelle Entscheidung an oberster Stelle

stehen. Vielen ist es am Ende egal, ob ihre Liebsten noch Corona mitbringen, solange jemand da ist, um ihnen die Hand zu halten, um sich zu verabschieden vor der letzten Reise und den ersehnten Frieden zu finden(164).

Das haben unsere Politiker unzähligen Menschen genommen. Auf beiden Seiten. Zu lange durfte man nur am Telefon erfragen, ob die beste, liebste Freundin noch lebt – um dann eines Tages zu erfahren, dass sie gestorben ist.

Konsequenzen für die Kinder

Die Kinder sind – wie die Alten – die Schwächsten in der Gesellschaft, die wir ebenfalls schützen müssen. Sie sind unsere Zukunft. Doch Millionen Kinder weltweit sind durch die Corona-Maßnahmen höheren Risiken ausgesetzt. »Das Corona-Virus trifft viel mehr Kinder und ihre Familien als die Zahl derer, die direkt von einer Ansteckung betroffen sind«, sagte Cornelius Williams, Leiter der UNICEF-Kinderschutzabteilung(165).

Seelische Belastung

Kinder haben das Recht auf soziale Kontakte. Trennung von ihren wichtigsten Bezugspersonen, von Oma und Opa, von Tante und Onkel, von ihren liebsten Freunden, Schulschließungen und gesperrte Spiel- und Sportplätze unterbrechen ihr normales Leben und können erhebliche Belastungen nach sich ziehen – insbesondere für ohnehin benachteiligte Kinder. Zahlreiche Sozialethiker weisen darauf hin, wie unverzichtbar wichtig der Kontakt mit Gleichaltrigen für Kinder und deren Entwicklung sei, weil sie dadurch soziale Kompetenzen erlernen(166). In Zeiten der Schulschließungen müssen die Eltern die Lehrer ersetzen, viele sind überfordert, insbesondere weil sie gleichzeitig im Home-Office arbeiten oder vor dem Ende ihrer beruflichen Existenz stehen.

Bildungsrückstand

Kinder haben das Recht auf Bildung. Wegen der Schulschließungen sind nach Einschätzung des Deutschen Lehrerverbands Millionen Schüler abgehängt worden. Präsident Heinz-Peter Meidinger sieht bei rund drei

Millionen Mädchen und Jungen einen Bildungsrückstand, der besonders Schüler aus schwierigen sozialen Verhältnissen und ärmeren Familien treffe(167).

Körperliche Gewalt

In Deutschland werden jedes Jahr Zehntausende Kinder Opfer von Gewalt und Missbrauch(168). Die Kriminalstatistik 2018 zeigt:

- 3 Kinder sterben pro Woche an den Folgen von Gewalt.
- 10 bis 12 Kinder werden täglich misshandelt.
- 40 Kinder sind täglich sexuellem Missbrauch ausgesetzt.

Und da fehlt natürlich noch die Dunkelziffer. Kann man sich vorstellen, wie das in Corona-Zeiten aussieht, wenn die Eltern psychisch gestresst sind, kurz vor der Arbeitslosigkeit oder dem Ruin stehen? Streitigkeiten an der Tagesordnung sind? Bei gestiegenem Alkoholkonsum?

Wenn die Kinder Tag für Tag zu Hause sind, weil Kitas und Schulen zugemacht haben, wodurch sie viel mehr potenzieller Gewalt ausgesetzt sind? Wenn die Eltern auch dadurch gestresst sind, dass die Kinder den ganzen Tag zu Hause sind? Oder dadurch, dass sie neben Home-Office noch die Lehrer für ihre Kinder spielen sollen? Wenn es für die Kinder kein Entkommen gibt, nicht zu einem Freund, nicht auf einen Spielplatz? Wenn die Sozialarbeiter nicht mehr in die Wohnung kommen? Wenn die Treffpunkte für sozial schwache Familien seit Wochen zu sind?

Lehrer oder Kinderärzte bekommen die Kinder monatelang nicht mehr regelmäßig zu Gesicht. Wer soll da das Jugendamt informieren?

Der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung, Johannes-Wilhelm Rörig, warnt in einem Schreiben eindringlich davor. Aus der Quarantäne-Stadt Wuhan gebe es Hinweise, dass die Fälle von Gewalt in der Familie sich während der Zeit des dortigen »Eingeschlossenseins« verdreifacht hätten. Auch aus Italien und Spanien gebe es »ähnliche erschreckende Zahlen«.

Konsequenzen für die Ärmsten der Welt

Nicht wenige haben die Corona-Krise – mit Home-Office, das aufgrund mangelnder Ausstattung, Expertise, Netzverbindung teilweise mitteleffektiv

gelaufen ist – dafür genutzt, endlich mal Haus und Garten in Schuss zu bringen. Einem Großteil der deutschen Mittelschicht und den Wohlhabenden dieses Landes geht es nicht wirklich schlecht. Und der Nachbar, der jetzt Hartz IV beantragen muss, der wird schon wieder auf die Beine kommen. Die Menschen denken gerne bis zur eigenen Haustür, vielleicht noch etwas drüber hinaus, das war's dann. Dass die Konsequenzen aber oft die Ärmsten der Armen treffen, ist vielen nicht bewusst. Man sollte nicht die Augen davor verschließen, dass die Existenz und Gesundheit unzähliger Menschen massiv gefährdet ist.

Existenzielle Folgen

In ganz Indien gibt es Hunderte Millionen Tagelöhner – viele von ihnen leben von der Hand in den Mund, noch bevor die Antivirenmaßnahmen ihren Lebensunterhalt raubten. Jetzt bleibt ihnen nichts mehr zum Überleben. Sie werden vor Corona »geschützt« und können dann verhungern.

In vielen Ländern Afrikas setzten Polizei und Militär die Corona-Lockdowns brutal durch. Wer auf die Straße geht, wird ganz schnell verprügelt. Kinder, die ihre einzige Tagesmahlzeit normalerweise in der Schule bekamen, dürfen das Haus nicht mehr verlassen. Auch sie hungern und verhungern.

Ende April warnt der Leiter des Welternährungsprogramms der UN, David Beasley, vor dem UN-Sicherheitsrat in New York: Der Welt droht wegen Corona eine »Hunger-Pandemie von biblischen Ausmaßen«(169). »Es wird erwartet, dass Lockdowns und wirtschaftliche Rezession zu einem großen Einkommensverlust unter den Erwerbsarmen führen werden. Auch die Geldüberweisungen aus Übersee werden stark zurückgehen – dies wird Ländern wie Haiti, Nepal und Somalia schaden, um nur einige zu nennen. Der Verlust von Einnahmen aus dem Tourismus wird Ländern wie Äthiopien schaden, wo er 47 Prozent der Gesamtexporte ausmacht«.

Folgen für die medizinische Versorgung und Gesundheit

In den ärmsten Ländern der Welt ist eine gute medizinische Versorgung ein Luxus, den sich wenige leisten können. Große Anstrengungen sind unternommen worden, um Linderung und Abhilfe zu schaffen. Sehr vieles, was über die letzten Jahre aufgebaut wurde, droht zusammenzubrechen.

In mehr als 20 Ländern wurden die Impfkampagnen gegen Masern ausgesetzt. Jetzt steigt die Zahl der Kranken. In der Demokratischen Republik Kongo sind schon 6.500 Kinder an dem Virus gestorben, berichtet das Magazin Nature(170). Zwar führen die Masern in den westlichen Ländern nur selten zum Tod, aber in armen Ländern sterben drei bis sechs Prozent der Infizierten, oft bleiben lebenslange Behinderungen zurück.

In Zimbabwe war es zwischen 2003 und 2013 gelungen, die jährliche Zahl an Infektionen von 155 pro 1.000 Einwohner auf 22 zu senken, jetzt gab es in kurzer Zeit mehr als 130 Tote und 135.000 Infizierte. Zwei Drittel aller Todesopfer sind Kinder jünger als fünf Jahre.

Nach Angaben der WHO könnte die geschätzte Zahl der Malariatoten in Subsahara-Afrika 2020 bis auf 769.000 ansteigen und sich im Vergleich zu 2018 verdoppeln. Damit wäre man auf das »Mortalitätsniveau von vor 20 Jahren« zurückgeworfen. Als Grund für den zu erwartenden Anstieg nennt die WHO die Tatsache, dass derzeit sehr viel weniger mit Insektiziden behandelte Moskitonetze verteilt werden könnten.

Sind das Malariasterben von Zimbabwe und die Maserntoten im Kongo nur die Vorboten von dem, was dem Kontinent bevorsteht?

Resümee

Hat unsere Regierung mit den Maßnahmen das Leben von Menschen verlängern können, die uns in den nächsten Tagen, Wochen, Monaten oder vielleicht wenigen Jahren verlassen werden? Vielleicht, vielleicht auch nicht. Haben wir weniger Tote durch die Maßnahmen? Sicherlich nicht, denn sie kamen, als die Epidemie bereits dabei war abzuebben.

Die Toten können wir zählen. Das unsägliche Leid, dass diese Maßnahmen bzw. unsere und andere Politiker zu verantworten haben, kann man gar nicht beziffern. Wie viele Tote es durch die Kollateralschäden geben wird, werden wir vielleicht irgendwann, vielleicht aber auch nie erfahren. Genauso wenig, wie wir die tatsächlichen Opferzahlen kennen, die ursächlich an COVID-19 gestorben sind.

Diese liegen mit Sicherheit abermals deutlich niedriger als die am Ende der Epidemie schon als klein zu bezeichnende offizielle Zahl. Spätestens im Rückblick muss es doch jedem denkenden Menschen klar sein: Der Schaden war ungeheuer größer als der Nutzen.

Wir schossen mit Kanonen auf Spatzen, die unbeeindruckt einfach

weiterfliegen, gleichzeitig zertrümmerten wir über Monate die Säulen unseres Gesundheitssystems, unserer Wirtschaft und unserer Gesellschaft – mit gravierendsten Langzeitfolgen.

Haben andere Länder es besser gemacht – Schweden als Vorbild?

Während uns jeden Tag der »pseudo«-exponentielle Anstieg der Infizierten vorgerechnet und weiter und weiter suggeriert wurde, dass unser Gesundheitssystem kollabieren müsste, wenn nicht drastische Maßnahmen (Freiheitsbeschränkung der Bürger) strikt durchgesetzt würden, gingen einige Länder einen anderen Weg, verhängten keine Ausgangssperre, ließen Restaurants, Fitnessstudios, Büchereien und Schulen geöffnet. Schweden zum Beispiel(171).

Was hat die schwedische Regierung, was wir in Deutschland nicht haben:

- Gute Politiker, die nicht einfach nur »mitmachen« und nachplappern, sondern den Mut haben, ihre Entscheidungen auf Faktenbasis zu treffen.
- Gute Berater.

Einer von ihnen ist der schwedische Staatsepidemiologie Anders Tegnell, der offensichtlich aus Fehlern bei der »Schweinegrippe-Pandemie« gelernt hat. Ein anderer ist sein Vorgänger, der renommierte Epidemiologe Johan Giesecke. Er wies früh darauf hin, dass es nur Sinn macht, evidenzbasierte Maßnahmen anzuwenden. Lockdowns seien nicht nur sinnlos, sondern schädlich. In einem Interview im österreichischen Magazin Addendum sagt er(172):

»*Es gibt nur zwei Maßnahmen, die wirklich eine wissenschaftliche Grundlage haben. Eine ist, sich die Hände zu waschen. Dass das nützlich ist, wissen wir seit der Arbeit von Ignaz Semmelweis vor 150 Jahren. Das andere ist Social Distancing, da ist auch bewiesen, dass es wirkt. Viele Maßnahmen, die von den Regierungen in Europa ergriffen wurden, haben keine wissenschaftliche Grundlage. Grenzen zu schließen ist zum Beispiel sinnlos und hilft nicht. Auch die Schließung von Schulen hat sich nie als wirksam erwiesen.*«

In der Tat waren aus wissenschaftlicher Sicht Schulschließungen vollkommen sinnlos(173).

Sinnvoll war hingegen, auf die Eigenverantwortung und Vernunft der Bürger zu setzen und auf Informations- und Aufklärungsarbeit. Den

Menschen wurde erklärt, wie sie sich schützen können, und sie haben es gemacht. Ohne Panikmache, ohne Angstszenarien, ohne Lockdown, ohne Bußgeldandrohung und ohne massive Beschränkungen der Freiheitsrechte.

Der Exekutivdirektor der WHO, Mike Ryan, bezeichnete Schweden im Kampf gegen das Corona-Virus entsprechend als »Vorbild»(174).

Tatsächlich machte Schweden vieles richtig. Verzichtete auf die gravierenden Kollateralschäden und musste dafür viel Kritik einstecken. Vor allem von der deutschen Presse, die nichts unversucht lässt, den schwedischen Weg schlechtzureden:

- Schwedischer Sonderweg offenbar gescheitert (Deutschlandfunk, 04. 04. 2020)
- Folgen nicht abzusehen – 10 Prozent Sterberate: Schwedens lascher Sonderweg in Corona-Krise droht zu scheitern (Focus, 17. 04. 2020)
- Corona-Virus in Schweden: Läuft das Land in die Katastrophe? (RND, 21. 04. 2020)

Die Politiker versuchen es auch.

Karl Lauterbach wirft Anfang Mai bei »Maischberger« den Schwedinnen und Schweden vor, dass sie »*unverantwortlich*« handeln würden, attestiert ihnen ein »*erbärmliches Ergebnis*« und sagt: »*Grob gesprochen werden dort sehr viele ältere Menschen geopfert, damit man die Cafés nicht zumachen muss*.«

Herr Söder äußert sich auf einer Pressekonferenz: »*Der rein liberale Kurs fordert SEHR, SEHR VIELE Opfer …«*

Tatsächlich nimmt die Epidemie in Schweden einen vergleichbaren Verlauf wie in allen anderen Ländern. Prof. Homburg beschreibt es in einem Interview(175): »*Es scheint, als ob man unbedingt vermeiden möchte, dass es ein Gegenbeispiel zur eigenen verfehlten Politik gibt. Man hat versucht, mit allen Mitteln – Fake News noch und nöcher – Schweden von seinem Weg abzubringen. Aber Schweden ist hart geblieben*.«

Hätten wir diesen Weg auch in Deutschland gehen können? Auf die Mündigkeit der Bürger und auf Aufklärung setzen?

Als Gegenargument kommt gerne, dass Schwedens Bevölkerungsdichte so gering ist (mit 23 Einwohnern pro Quadratkilometer zehnmal geringer als in Deutschland), dass es da vielleicht funktionieren kann, aber doch nicht in einem dicht besiedelten Land wie Deutschland.

Das würde auch für Island gelten, das ebenfalls ein positives Beispiel dafür ist, wie man die Corona-Krise erfolgreich ohne Lockdown meistert.

Von den 1.800 Erkrankten sind fast alle wieder genesen. Bloß zehn Personen sind an COVID-19 gestorben, und dies ohne harten Lockdown. Viele Restaurants und Geschäfte, Kindergärten und Grundschulen waren offen geblieben, auch Versammlungen bis 20 Personen waren erlaubt.

Gut, aber wir haben auch hier die geringe Bevölkerungsdichte, deshalb schauen wir uns Hongkong an. 7,5 Millionen Einwohner, Bevölkerungsdichte 6890 pro Quadratkilometer. Und Überraschung: Auch da hat es funktioniert! Etwas restriktiver als in Schweden und Island, aber trotzdem ohne kompletten Lockdown(176).

Oder schauen wir nach Japan (126 Millionen Einwohner, Bevölkerungsdichte 336 pro Quadratkilometer) und nach Südkorea.

Japan und Südkorea waren mit die ersten Länder außerhalb Chinas, die vom Corona-Virus betroffen waren. Im Gegensatz zu Chinas drakonischen Isolationsmaßnahmen, der Massenquarantäne in weiten Teilen Europas und in großen US-Städten ist in Japan das Leben für einen Großteil der Bevölkerung normal weitergelaufen. Die Restaurants blieben geöffnet – ohne dass es eine Katastrophe gab(177). Japan hat unheimlich wenig »Corona-Fälle« – möglicherweise, weil sie so wenig getestet haben. Nun wissen wir, dass die Anzahl an Infizierten uns sowieso nichts sagt. Schauen wir auf das einzig Wichtige, auf die Anzahl an Todesopfern: Die ist verschwindend gering, so scheint auch Japan vieles richtig gemacht zu haben.

Im Gegensatz zu Japan hat Südkorea so viel getestet wie kein anderes Land gleichzeitig, aber den Shutdown des öffentlichen Lebens weitgehend vermieden. Es wurden keine Städte abgeriegelt oder generelle Ausgangssperren verhängt, Behörden, Geschäfte, Restaurants und Cafés blieben geöffnet(178).

Südkorea setzte auf 1) Information der Bürger und auf 2) Testen und Tracing. Massentests in extra eingerichteten Drive-Through-Testcentern wurden eingerichtet. Radikale Transparenz wurde gewährleistet durch eine Tracking-App, die den Aufenthaltsort von Infizierten kennzeichnete.

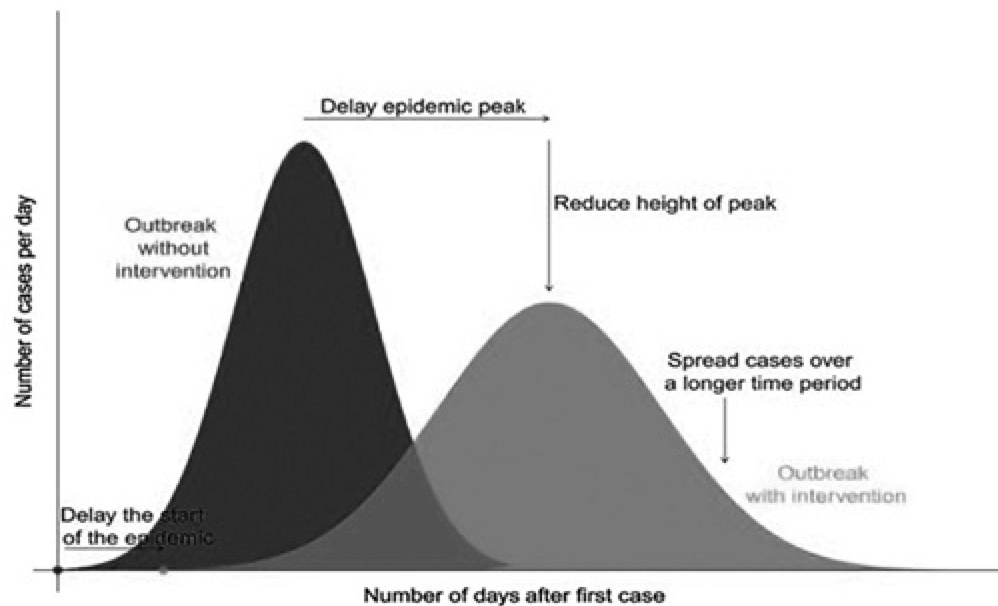
Nun, als Vorbild insgesamt vielleicht nicht so überzeugend, aber deshalb lobt die WHO ja auch Schweden und nicht Südkorea.

Schweden, Island, Hongkong, Südkorea, Japan – alle diese Beispiele haben bestätigt, was anerkannte Experten schon vorher sagten: Lockdowns verursachen massiven gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Schaden, der in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Hatten sie überhaupt einen Nutzen?

Nutzen von Lockdown-Maßnahmen?

Ende 2019 veröffentlichte die WHO ein Dokument, in dem verschiedene Maßnahmen im Falle einer zukünftigen Pandemie beschrieben werden, die 2020 von vielen Ländern angewandt werden, von Schulschließungen bis Ausgangssperren(179).

Es geht um die Frage, wie man die Anzahl an Infektionen und damit auch die Anzahl an schweren Erkrankungen pro Tag senken kann. Die entsprechende Abbildung haben wir immer wieder gesehen.



Not recomended in any circumstances	UV Light Modifiying humidity Contact tracing Quarantine of exposed individuals Entry and exit screening Border closure

Die Annahme ist, wenn die Kurve flacher verläuft, dann dauert die Epidemie zwar länger und die Gesamtzahl der Infizierten sieht auch nicht anders aus, aber das Gesundheitssystem wird nicht so schnell überlastet. Mittel, die unter keinen Umständen angewandt werden sollten, um so ein Ziel zu erreichen, sind unter anderem Contact Tracing, Screening von Ein- und Ausreisenden und Grenzschließungen … – gab es dann ja auch … fast … gar nicht …

Das Interessante ist, dass die WHO im Anhang des Maßnahmenpapiers selbst aufzeigt, dass es für die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen keine gesicherten wissenschaftlichen Belege gibt.

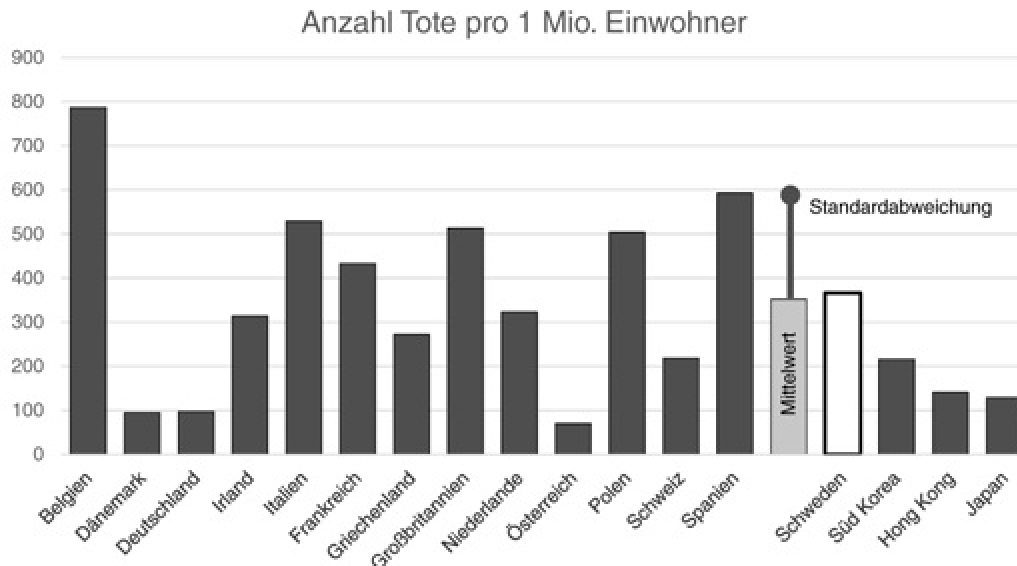
Entsprechend halten viele Experten den Lockdown für den falschen Weg. Unter anderen äußerte sich auch der Nobelpreisträger Michael Levitt. Er hält den allgemeinen Lockdown für einen »riesigen Fehler« und fordert gezieltere Maßnahmen, insbesondere zum Schutz der Risikogruppen(180).

Trotzdem folgen die meisten Länder dem »Vorbild« Chinas.

Ganz Italien stand seit dem 10. März komplett unter Quarantäne. Es galt Ausgangsverbot. Nur in Notfällen, bei wichtigen Arbeitsaufträgen und für unaufschiebbare Besorgungen galten Ausnahmen. 60 Millionen Menschen standen unter Hausarrest, die Straßen waren leer gefegt. Erst nach zwei Monaten wurde gelockert. Andere Länder wie Spanien, Frankreich, Irland, Polen etc. machten es ähnlich. Hat es was gebracht? Die Epidemien sind vorbei, schauen wir uns die Todeszahlen an – im Bewusstsein, dass hier aufgrund der Zählweise und Definition ebenfalls ein großer Fehler steckt.

Sind in Ländern mit drakonischen Lockdown-Maßnahmen weniger Menschen gestorben?

Schauen wir uns die Todeszahlen (pro eine Million Einwohner) von einer Reihe verschiedener EU-Länder mit Lockdown an (in alphabetischer Reihenfolge, dunkle Balken), so können wir erkennen, dass die Zahlen sehr unterschiedlich sind. Im Mittelwert liegen die hier dargestellten bei 350 (schraffierter Balken).



Es war oft in den Zeitungen zu lesen, Schweden würde für seinen liberalen Weg einen hohen Preis bezahlen mit einer entsprechend hohen Anzahl an Todesopfern. Tatsächlich sehen wir, dass Schweden (weißer Balken) ohne Lockdown – im Vergleich zu Ländern mit Lockdown – irgendwo in der Mitte liegt. Auch Südkorea, Japan und Hongkong fallen nicht durch eine exorbitant hohe Zahl an den sogenannten »Corona-Toten« auf.

Was sehen wir also: Länder ohne drakonische Lockdown-Maßnahmen sind nicht in eine Katastrophe geschlittert, die Maßnahmen waren offensichtlich nicht nötig.

Nun wissen wir, dass COVID-19 eine Erkrankung ist, die insbesondere für ältere Menschen mit Vorerkrankungen fatal enden kann. Wir sprechen hier von einer großen Personengruppe in Pflegeheimen und Altenheimen. Eine andere Frage von enormer Wichtigkeit ist:

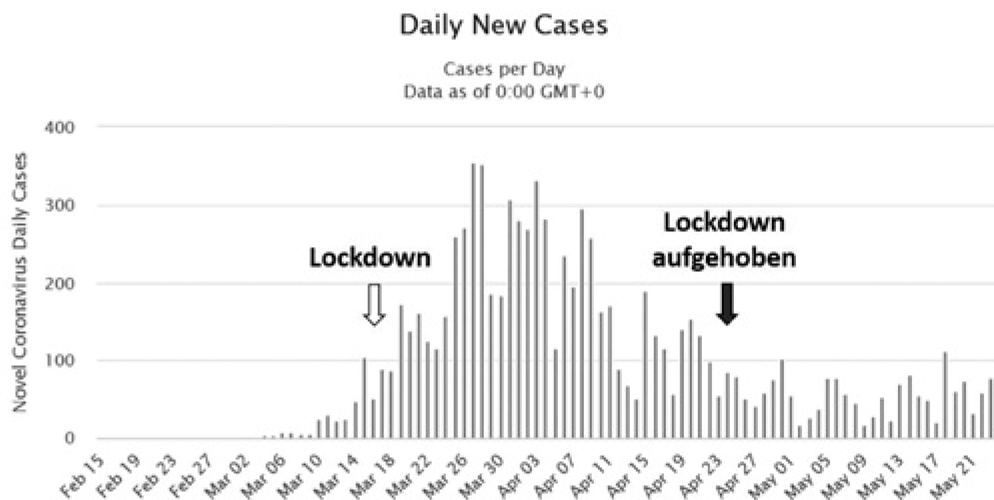
Sind in den Ländern mit Lockdown die Risikogruppen besser geschützt worden?

Kurze Antwort: nein.

Circa die Hälfte der »Corona-Toten« stirbt in Altenheimen und Pflegeheimen, egal wo man hinschaut. Die Zahlen schwanken in westlichen Ländern zwischen 30 und 60 %(181). Länder mit relativ drastischem Lockdown wie Irland (60 %), Norwegen (60 %) oder Frankreich (51 %)

kommen nicht auf bessere Werte als Schweden (45 %). Pflegeheime erfordern einen gezielten speziellen Schutz, allgemeine Lockdown-Maßnahmen tragen in keiner Weise dazu bei.

Ein vernünftiges Konzept zum Schutz der Risikogruppe unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte(182) wäre vielleicht der bessere Weg gewesen.



Hätte das unverzügliche Aufheben des Lockdowns schlimme Konsequenzen gehabt?

Schauen wir nach Tschechien. Seit dem 16. März galten Ausgangsbeschränkungen, die Bürgerinnen und Bürger durften lediglich zur Arbeit, zum Einkaufen, zum Arzt oder auf Spaziergänge in Grünanlagen gehen. Nach einem Gerichtsurteil mussten die Maßnahmen zum 24. April aufgehoben werden (dunkler Pfeil). Gab es eine neue Welle an Infektionen oder Todesfällen? Natürlich nicht. Die Zahlen ebbten weiter ab und die Epidemie war auch hier vorbei (Abbildung Worldometer; Mai 2020).

Schaut man sich den Verlauf der Kurven an, sieht man, dass dieser in allen Ländern sehr ähnlich war. Man kommt zu dem Eindruck, dass sich die Analyse der WHO bestätigt hat: Es gibt kaum Belege für die Wirksamkeit der Maßnahmen. Dafür gibt es verheerende Folgen.

Welche Maßnahmen wären eigentlich die richtigen gewesen?

Ein konsequenter Schutz der Risikogruppe, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen. PUNKT.

Impfung als Allheilmittel?

»Eine Normalisierung kann es nicht geben, bevor es einen Impfstoff gibt« – verkündet Herr Kretschmer, der Ministerpräsident von Sachsen, bei Anne Will(183).

Immer mehr Stimmen werden laut: Erst mit Impfstoff wird es eine Rückkehr zur Normalität geben.

Bill Gates darf sich dazu am Ostersonntag in den Tagesthemen in einem fast zehnminütigen Interview äußern(184).

Ingo Zamperoni: »*Es wird immer deutlicher, dass wir diese Pandemie nur in den Griff bekommen werden, wenn wir einen Impfstoff entwickeln.*«

Bill Gates: »*Wir werden den zu entwickelnden Impfstoff letztendlich sieben Milliarden Menschen verabreichen, da können wir uns keine Probleme mit bedrohlichen Nebenwirkungen leisten – und doch werden wir die Entscheidung zum Einsatz eines neuen Impfstoffs auf einer geringeren Datengrundlage als sonst fällen, damit wir schnelle Fortschritte erzielen.*«

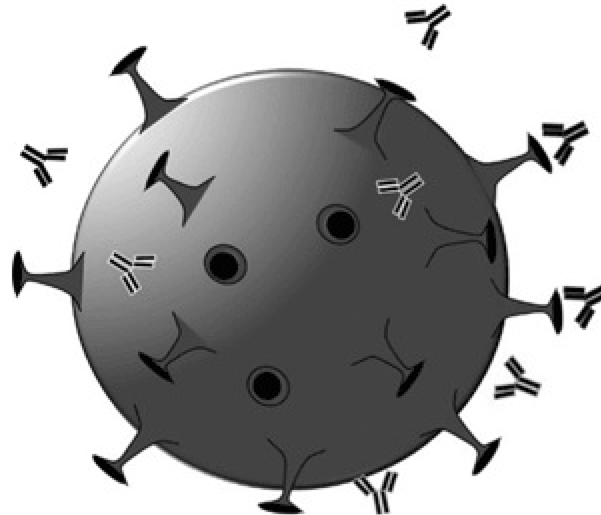
Hm, auf geringer Datengrundlage – möglichst schnelle Fortschritte? Hört sich irgendwie – nicht gut an.

Aber was soll's? Los geht's. Die Anschubfinanzierung für die globale Suche nach einem Corona-Impfstoff ist Anfang Mai beisammen: Die EU hat mit ihrer Geberkonferenz knapp siebeneinhalb Milliarden Euro eingesammelt. Einen Großteil sagten Deutschland und Frankreich zu. Dazu legt die Bundesregierung ein Sonderprogramm auf. Sie will bis zu 750 Millionen Euro zur Entwicklung eines Corona-Impfstoffs investieren.

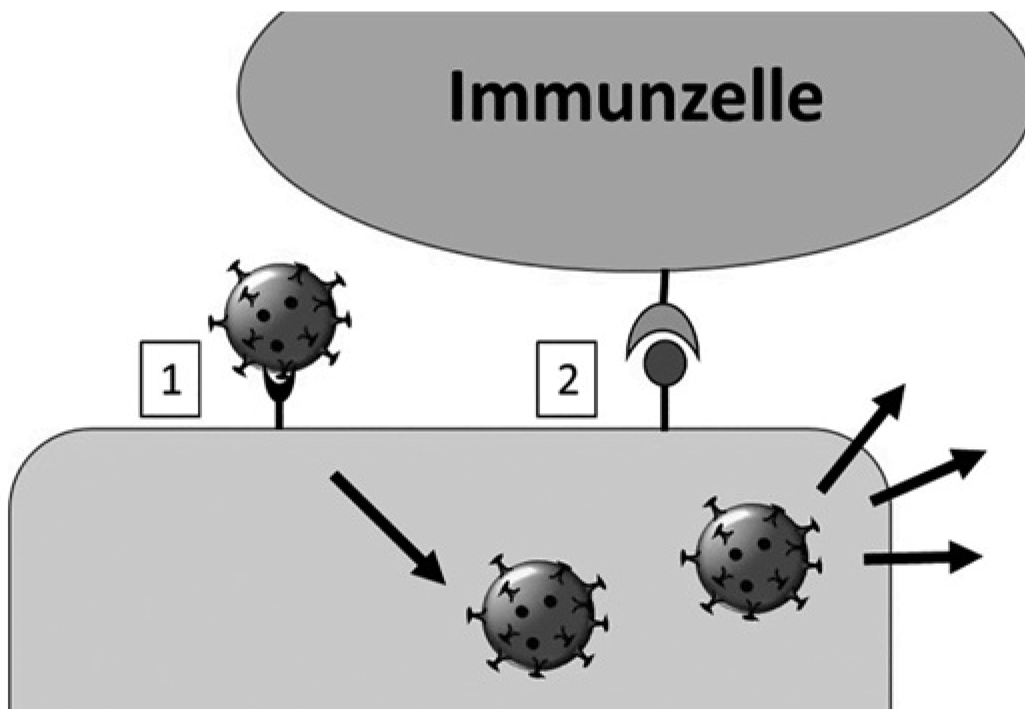
Aber macht eine Impfung überhaupt Sinn? Bevor wir dieser Frage nachgehen, sollten wir einen kurzen Ausflug in die Infektions-Immunologie

unternehmen.

Worauf beruht Immunität gegen Corona-Viren?



Bevor Viren in unsere Körperzellen eindringen können, müssen sie als Erstes an diese »andocken«. Dafür besitzen sie eine Art »Händchen«. Sind sie in eine Zelle eingedrungen, werden sie vermehrt und können danach Nachbarzellen befallen und sich ausbreiten.



Unsere Immunität gegen die Corona-Viren beruht auf zwei Säulen: 1) Antikörper, 2) spezialisierte Zellen unseres Immunsystems, die sogenannten Helfer-Lymphozyten + Killer-Lymphozyten.

Wir erinnern uns: Wenn sich ein neues Virus Zutritt in unseren Körper verschafft und eine Erkrankung auslöst, produziert unser Immunsystem Antikörper. Bei einer schweren Erkrankung viele, bei einer leichten wenige und bei einer symptomlosen Infektion wahrscheinlich fast gar keine Antikörper.

Die produzierten Antikörper werden gegen sehr viele Stellen des Virus gebildet, aber nur die, die gegen die »Händchen« gerichtet sind, können schützend wirksam werden. Dann wird das »Andocken« der Viren an unseren Körperzellen verhindert (Schritt 1). Beim Test auf Antikörper werden verschiedene gefunden. Die reine Feststellung, ob Antikörper vorhanden sind, erlaubt primär keine Aussage über deren Wirksamkeit bzw. die Immunität eines Menschen.

Alle Impfungen gegen Viren beruhen darauf, unseren Körper zur Bildung von Antikörpern anzuregen, die das Andocken der Viren verhindern.

Gelingt es Corona-Viren, in Zellen einzudringen, und kommt es zu deren Vermehrung, greift der zweite Arm des Immunsystems. Jetzt werden die Abwehrzellen aktiv. Die Virus-befallenen Zellen werden erkannt und durch Killer-Lymphozyten abgetötet, die Virusvermehrung findet nicht statt (Schritt 2)(185).

Diese zweite Säule der Immunität gegen Corona-Viren ist allgemein so gut wie unbekannt. Ganz wichtig dabei: Sie ist weit verbreitet und wirksam in der Bevölkerung und kommt durch die ständige Auseinandersetzung unseres Immunsystems mit alltäglichen Corona-Viren zustande(186)(187). Sie kann nicht durch Antikörper-Testung erfasst werden.

Impfstoffe, die diesen zweiten Arm des Immunsystems anregen, gibt es nicht und können auch nicht entwickelt werden.

Was ist Kreuzimmunität?

Diese Frage ist von sehr großer Bedeutung. Der Wandel von Corona-Viren vollzieht sich meistens in sehr kleinen Schritten. Schützende Antikörper und Lymphozyten gegen Typ A werden deswegen auch gegen den Nachkömmling Aa wirksam sein, wenngleich vielleicht in etwas geringerem

Maße. Gegen Typ B hingegen könnten die Immunmechanismen unwirksam sein.

Kommt B zu Besuch vorbei, gibt es Husten und Schnupfen. Danach besteht Kreuzimmunität gegen den nächsten Verwandten Bb.

Der Umfang der Kreuzimmunität baut sich bei Neuinfektionen also ständig aus.

Wer denkt nicht mit Unbehagen an das erste Jahr im Kindergarten zurück. Oh nein, im Winter jagt eine Erkältung mit Husten und Schnupfen die nächste – das Kind ist kaum je gesund!

Aber zum Glück ist es im zweiten Jahr besser. Und im dritten Jahr kommt das Kind mit nur ein bis zwei Erkältungen durch den Winter.

Bis zum Schulanfang besteht also schon eine gute Herdenimmunität gegen Corona-Viren. Was bedeutet das eigentlich?

Herdenimmunität bezeichnet den Schutz vor Erkrankung der Herde, also der Kinder bzw. der Allgemeinbevölkerung insgesamt. Herdenimmunität bei Viren, die sich wenig verändern wie bei Masern, kann als relativ absoluter Begriff verstanden werden. Immunität beruht hier fast ausschließlich auf Anwesenheit von Antikörpern, weil die »Händchen« des Virus immer gleich aussehen. Immunität ist dann gleichzusetzen mit »nicht empfänglich« bzw. »nicht infizierbar«. Die Situation ist schwarz-weiß: Symptomfreie oder symptomarme Infektionen gibt es nicht.

Bei Corona-(und Grippe-)Viren ist Herdenimmunität nicht absolut. Denn das »Nichtkrankwerden« beruht nicht allein auf dem Verhindern der Infektion durch Antikörper, sondern zu einem wichtigen Teil auf dem Löschen des Brandes – also der Virusvermehrung nach dem Befall der ersten Zellen – durch die Lymphozyten. Immunität ist hier nicht gleichzusetzen mit »nicht infizierbar«, sondern mit gefeit sein gegen eine Erkrankung. Kommt eine neue Variante, die sich stärker verändert hat, reicht die Hintergrund-Herdenimmunität bei vielen Menschen dennoch aus, um schwere Erkrankungen zu verhindern. Nur wenige erkranken, dann teilweise recht schwer. Bei Menschen mit Vorerkrankungen kann das Virus der letzte Tropfen sein, der das Fass zum Überlaufen bringt.

Das erklärt, warum die meisten Coronavirus-Infizierten nicht oder nur leicht erkranken, und warum wir eine zweite Welle »katastrophalen Ausmaßes« mit diesem Virus nicht erleben werden. Das Virus verbleibt ja, wie seine alltäglichen Verwandten, in der Bevölkerung und wird immer wieder kleine

Infektionsausbrüche verursachen. Die klassische Sommergrippe gehörte schon immer zur Spezialität der Coronaviren. Aber die Herdenimmunität wird stetig zunehmen. Dasselbe Virus kann also keine zweite Welle verursachen, die an »Heftigkeit« die erste übertrifft.

Doch jetzt die große Frage: Impfen oder nicht impfen?

Spätestens jetzt könnte der geneigte Leser leise ahnen, dass sowohl das Vorhaben, Immunitäts-Ausweise einzuführen als auch die Vorstellung, dass nur ein Corona-Impfstoff die Welt retten kann, aus der Welt geschafft gehört.

Einen Impfstoff entwickeln zu wollen zur Bekämpfung eines nicht gemeingefährlichen Virus, wogegen eine Teilimmunität in der breiten Bevölkerung mit Sicherheit schon besteht, ist sinnfrei. Wenn das Virus bzw. seine »Händchen« sich außerdem im ständigen Wandel befinden, ist das Vorhaben töricht. Dazu kommt, dass eine Impfung nur die Antikörperantwort, nicht aber die bei Corona-Viren mindestens ebenso wichtige zelluläre Abwehr verstärken kann. Dazu kommt, dass ältere Menschen oft eine reduzierte Immunantwort haben, sodass der Corona-Impfstoff Verstärker enthalten würde, die immer Gefahren von ernsten Nebenwirkungen in sich bergen.

Schon jetzt lässt sich vorhersagen, dass der Schaden einer Corona-Impfung größer sein würde als jeder denkbare potenzielle Nutzen.

Wir halten fest: Es gibt sehr viele Impfungen, die sinnvoll sind. Die gegen Coronaviren gehört absolut nicht dazu.

Hatten wir das nicht schon mal? Ein Impfstoff wird von allen Seiten gefordert und im Eilverfahren für die Impfung der breiten Masse der Bevölkerung hergestellt? Ein Impfstoff gegen ein Virus, bei dem keine Impfung nötig war? Ach ja, bei der Schweinegrippe-«Pandemie« …

Pandemie oder keine Pandemie – die Rolle der WHO

Einst gab es eine klare Definition einer »Pandemie«. Die Kriterien dafür definierte die WHO damals so(188):

- Der Erreger muss neu sein, sodass unser Körper noch nicht auf eine Abwehr vorbereitet ist.
- Der Erreger muss sich sehr schnell ausbreiten, von Land zu Land und Kontinent zu Kontinent, sodass die ganze Welt in Gefahr gerät, und vor allem:
- Der Erreger muss auch tatsächlich gefährlich sein, sodass man weltweit mit einer großen Anzahl von Todesfällen zu rechnen hätte.

Das war einst, doch die Zeiten haben sich geändert. Seit 2009 – als die Schweinegrippe im Anmarsch war. Hier war sehr schnell klar: 1) Das Virus war neu. 2) Es breitete sich rasend schnell aus. Und 3) Es war ziemlich … harmlos. Fast die harmloseste Grippewelle aller Zeiten. Aber das Ausrufen einer Pandemie eröffnet viele Möglichkeiten, vor allem für die Pharmaindustrie. Nun finanziert sich die Riesenorganisation WHO zu 80 % aus dem Geld von Spendern, insbesondere aus der Pharmaindustrie(189).

Wie unabhängig werden die Entscheidungen wohl getroffen? Darüber mag man spekulieren, wie man will. Tatsache ist, dass seit 2009 das dritte und eigentlich wichtigste Kriterium von einst, die hohe anzunehmende Mortalität, im Mai 2009 aus der Definition verschwunden ist – kurz bevor die WHO die Schweinegrippe-Pandemie (Erreger H1N1) ausgerufen hat. Seitdem kann also eine Pandemie für jeden noch so harmlosen Erreger ausgerufen werden, solange dieser neu ist und sich sehr schnell verbreitet.

Trotzdem wurde schon damals auch in Deutschland die Angst geschürt – allerdings war das im Vergleich zur Corona-Pandemie noch Kinderkram. Die Schlagzeilen damals zum Beispiel(190): »Schweinegrippe: Die Ruhe vor dem Sturm?«

Interessant ist dabei, dass diese Schlagzeile im Dezember 2009 entstand, nachdem sich für den letzten Blinden gezeigt hatte, dass es kaum noch Erkrankte gab und der Krankheitsverlauf bei allen Erkrankten so milde war wie bei kaum einer Grippe zuvor. Trotzdem »warnen die Virologen« vor einer Unterschätzung des »gefährlichen« Virus: »*Wenn wir uns dieses Virus im Tierversuch anschauen und das vergleichen mit zurückliegenden Viren, muss man sagen, dieses Virus ist überhaupt nicht harmlos! Dieses Virus ist im Tierversuch eher gefährlicher als beispielsweise das Virus, das bislang zirkuliert hat, das H3N2-Virus.*«

Okay, mag sein, spielt aber für den Menschen offensichtlich keine Rolle. Wer möchte denn da gerne trotzdem Angst verbreiten? Ach ja, ein gewisser

Herr Drosten.

Der Artikel geht weiter: Wenn jetzt während der bevorstehenden Weihnachtstage die Deutschen ihre Viren noch einmal kräftig durchmischen, scheint eine zweite Welle unausweichlich. Diese könnte erheblich heftiger ausfallen als die erste.

Bei der zweiten Welle würde das Medizinsystem dann heillos überfordert werden – meint ausnahmsweise nicht Herr Drosten, sondern ein Prof. Peters von der Universität Münster. Er befürchtet, dass die Betten auf den Intensivstationen nicht ausreichen werden. Dazu müssten vielleicht einige Patienten beatmet werden, das könnte die Krankenhäuser vor dramatische Situationen stellen.

Nun, die Frage, ob es in den folgenden Monaten tatsächlich eine zweite gefährliche Welle der harmlosen Schweinegrippe gegeben hat, nachdem schon die erste ausgeblieben war – erübrigt sich. Haben Sie auch gerade ein Déjà-vu?

Das RKI und Herr Drosten empfahlen die flächendeckende Impfung in Deutschland mit dem mit »heißer Nadel« auf die Schnelle gestrickten H1N1-Impfstoff, der kaum auf seine Nebenwirkungen geprüft war.

So kauften Regierung und Bundesländer Millionen Dosen Impfstoff zur flächendeckenden Impfung für die gesamte deutsche Bevölkerung. Wohlgemerkt, den kaum getesteten Impfstoff mit Verstärker für die Bevölkerung und den nebenwirkungsarmen Impfstoff ohne Verstärker für die Bundesregierung(191).

Noch mal zum Mitschreiben, das geschah zu einem Zeitpunkt, an dem schon klar war, dass die Schweinegrippe-Pandemie beinahe die harmloseste Grippewelle aller Zeiten war. Die meisten Menschen in der Bevölkerung haben gar nicht mitbekommen, dass wir 2009 eine Pandemie hatten – und haben sich Gott sei Dank nicht impfen lassen. Wie war das Ende der Geschichte? Ganze Lastwagenladungen der Millionen ungenutzten Impfdosen mussten am Ende eingesammelt werden und landeten im Magdeburger Müllheizkraftwerk. So auch das Geld der Steuerzahler … nein, natürlich nicht, es wechselte den Besitzer. Geschätzter Gewinn der Pharmaindustrie: 18 Milliarden US-Dollar(192).

Hatte eigentlich nicht irgendein Mensch in Deutschland die Stimme erhoben und klar gesagt, dass das alles ein Spuk ist? Nicht einer, sondern sogar zwei: ein gewisser Herr Bhakdi(193) und ein gewisser Herr Wodarg(194), Lungenfacharzt und Vorstandsmitglied der

Antikorruptionsorganisation Transparency International (TI) Deutschland. TI forderte damals, den Schweinegrippe-Fehlalarm aufzuklären. Da die Risiken von der zuständigen Behörde – wer war das noch gleich? Ach ja, das RKI – völlig falsch eingeschätzt und überschätzt wurden, sollte ein Gremium installiert werden, um für die Zukunft Lehren daraus zu ziehen.

Schade, dass das nie passiert ist. Vielleicht hätte unsere Regierung aus dem Versagen bei der Schweinegrippe gelernt. Alleine was die Berater-Auswahl angeht.

Das totale Versagen der öffentlichen Medien

»Es ist leichter, die Menschen zu täuschen, als sie zu überzeugen, dass sie getäuscht worden sind« (Mark Twain)

In einer funktionierenden Demokratie erfüllen Medien grundlegende Funktionen:

Sie sollen das Volk *umfassend und vielfältig informieren*, durch *Kritik* und *Diskussion* zur Meinungsbildung beitragen. Unabhängig und unvoreingenommen sollen sie als »vierte Gewalt« die Mächtigen kontrollieren.

Was haben wir in der Corona-Krise erlebt?

Genau das Gegenteil(195).

Insbesondere bei den öffentlich-rechtlichen Medien: Von ARD und ZDF bis BR, HR oder NDR – sie wurden zum hörigen Sprachrohr der Regierung. Die etablierte Presse nicht anders. Dabei gibt es einen Pressekodex. Danach gilt als oberstes Gebot: Die Achtung vor der Wahrheit, die Wahrung der Menschenwürde und die wahrhaftige Unterrichtung der Öffentlichkeit.

Wo war die wahrhaftige, umfassende und vielfältige Information?

Und wo war die kritische Auseinandersetzung mit den Informationen?

Ungefiltert wurden Horrorbilder und Horrorzahlen transportiert – morgens, mittags, abends. Ständig wird darüber berichtet, dass jemand warnt, Herr Drosten, Herr Wieler, Herr Spahn, Frau Merkel – warum hat nicht mal jemand kritisch hinterfragt oder recherchiert, ob diese Warnungen berechtigt waren?

Anstatt zu erklären, dass die meisten Menschen in diesem Land sich keine Sorge machen müssten, wurde ständig Angst geschürt(196). Meldungen, dass es Millionen Tote geben könnte, landen in der Tagesschau – es wird nicht erklärt, dass es sich um reine Modellrechnungen handelt, es wird nicht

erwähnt, dass der Herr Ferguson, der diese Rechnungen erstellt hat, bei seinen vielen Prognosen kein einziges Mal annähernd richtig gelegen hat. Ganz im Gegenteil, sie erwiesen sich als vollkommen falsch. Es wäre die Pflicht von verantwortungsvollen Medien gewesen, auf diese Tatsache hinzuweisen.

Ebenso hätten die Medien hinterfragen müssen, wo auch die Zahlen des RKI herkommen, was sie bedeuten und was man bzw. WAS MAN NICHT aus ihnen schließen kann. Stattdessen werden die Zahlen kritiklos aufgenommen und zur Verunsicherung der Bevölkerung verwendet.

Anstatt zu hinterfragen, was das RKI für einen schlechten Job macht, wird Herr Wieler als »stiller Held im Hintergrund« gefeiert.

Wo war die offene Diskussion?

Monotoner konnte es kaum sein. Immer die gleichen »Experten« – wobei: Experten hört sich nach vielen an, aber offensichtlich gibt es nur zwei in Deutschland – die ausreichend regierungskonform sind? Warum gab es nicht mal eine Diskussionsrunde mit den Beratern der Regierung und den Kritikern der Regierungslinie, einen offenen sachlichen Austausch: Drosten und Wieler – Bhakdi und Wodarg an einem runden Tisch? Nun, an Bhakdi und Wodarg oder vielen anderen Kritikern des Regierungskurses hat es nicht gelegen. Es war nur leider nicht gewollt.

Es wurde sehr viel darüber berichtet, dass der schwedische Kurs ohne Lockdown von vielen schwedischen Experten kritisiert worden sei. Dass der deutsche Kurs von sehr vielen Wissenschaftlern und Ärzten im eigenen Land ebenfalls massiv kritisiert wurde, wurde in der Öffentlichkeit kaum thematisiert.

Neben Dr. Wodarg wies der Immunologe und Toxikologe Prof. Dr. Stefan Hockertz schon früh darauf hin, dass SARS-CoV-2 in seiner Gefährlichkeit nicht anders einzuschätzen ist als herkömmliche Grippe-Viren und dass die Maßnahmen entsprechend völlig übertrieben sind. Auch Christof Kuhbandner, Professor für Psychologie, erklärte immer wieder, dass es keine wissenschaftlichen Begründungen für die Corona-Maßnahmen gab.

Dr. Bodo Schiffmann, ein HNO-Arzt aus Sinsheim, machte den Job, den eigentlich die Journalisten hätten machen sollen. Fast täglich stellt er mit unerschöpflicher Energie und Ausdauer YouTube-Videos ins Netz, um die

Menschen aktuell zu informieren und die Zahlen und ihre Fehlerhaftigkeit zu erklären.

Neben vielen weiteren kritischen Stimmen in diesem Land gab es auch sehr viele auf der ganzen Welt(197)(198). Hat die Bevölkerung davon erfahren?

Einfach nicht darüber berichten ist offenbar eine simple und erfolgreiche Strategie, die jedoch in einem aufgeklärten demokratischen Staat keinen Platz haben sollte.

Der *»Systemjournalismus«* wird durchaus von Experten wahrgenommen und von solchen verurteilt. Der Medienwissenschaftler Otfried Jarren äußerte seine Kritik unter anderem im Deutschlandfunk(199). »Seit Wochen treten die gleichen Expert*innen und Politiker*innen auf, die als ›Krisenmanager‹ dargestellt würden. Dabei werde nicht gefragt, wer welche Expertise habe und wer in welcher Rolle auftrete. Außerdem gebe es keine Debatte der Expert*innen, sondern nur einzelne Statements.«

Das Spiel mit den Zahlen

Mit Zahlen kann man viel machen. Vor allem sehr gut Ängste wecken.

Beispiel 1: Infizierte. Die Anzahl der Infizierten steigt und steigt, bald wird unser Gesundheitssystem kollabieren – dass die Anzahl an Gesundeten auch steigt und steigt und dass es keinen Grund für diese Annahme gibt – wird nicht verraten.

Beispiel 2: Todesfälle. Die USA haben die höchste Anzahl an Todesfällen weltweit! Oh Gott! Am 28. Mai berichtet die Tagesschau und zeigt Bilder von Menschen: »Sie alle sind an COVID-19 gestorben. Mit mehr als 100.000 Toten beklagen die USA die meisten Opfer weltweit.«

Nun wissen wir, dass ein erheblicher Anteil dieser armen Menschen nicht an COVID-19 sondern an den COVID-19 Maßnahmen gestorben sind.

Nun ist die USA auch das drittgrößte Land weltweit. Insofern wäre es vielleicht eher angebracht, die Anzahl an Todesfällen pro 100.000 Einwohner zu betrachten? Die ist relativ niedrig – sehr weit unter der Zahl von Spanien oder Italien. Sollte man das nicht mal erwähnen?

Außerdem könnte ein guter Journalist auch darauf hinweisen, dass die »Anzahl an Toten« kein absoluter Wert ist, alleine schon, weil in jedem Land anders gezählt wird.

Das Land mit der höchsten Anzahl an Todesfällen weltweit – pro 100.000 Einwohner – ist: Belgien. Die Zahlen sind sehr viel höher als in Spanien oder Italien. War die Situation dort so dramatisch? Nein. Wie schon besprochen, haben wir hier ein Problem mit der Zählweise(38). Wenn so etwas nicht von den Medien transportiert wird, kommt man schnell zu falschen Einschätzungen von Zahlen.

Diffamierung und Diskreditierung

Bei kritischen Stimmen wird sofort eine Aktion gestartet, diese durch Diffamierung mundtot zu machen. Der Lungenfacharzt Dr. Wolfgang Wodarg war der Erste, der seine Stimme erhob. Daraufhin startete eine Diffamierungskampagne sondergleichen.

Kaum waren unsere ersten YouTube-Videos raus (die vor dem Schaden durch die unverhältnismäßigen Maßnahmen warnten und darauf hinwiesen, dass in Italien noch andere Faktoren hinzukommen könnten, wie zum Beispiel die hohe Luftverschmutzung), gab es einen »Fakten-Check«. Unter der Headline »Warum Sucharit Bhakdis Zahlen falsch sind« wurde ganz schnell ein Bericht in die ZDF Mediathek eingestellt. Hier geht ein Herr Nils Metzger der Sache angeblich auf den Grund(200): »Biologieprofessor spielt Corona-Gefahr herunter«. Ein sehr guter Einstieg, der Titel suggeriert direkt, dass es sich hier nicht um einen Mediziner handelt, der unzählige Patienten gesehen hat und Facharzt für Infektionsepidemiologie ist, sondern um einen Biologen. Dann irgendwann der Klassiker. Es werden einem Dinge in den Mund gelegt, die man nie gesagt hat, um einen damit zu diskreditieren. Metzger: »Den Faktor Luftverschmutzung als alleinigen Auslöser der Krise zu präsentieren, wie es Sucharit Bhakdi in seinem Video macht, ist unwissenschaftlich.« Selbstverständlich ist an keiner Stelle behauptet worden, dass die hohen Opferzahlen allein darauf beruhen, denn das wäre tatsächlich unwissenschaftlich. Diese Behauptung ist eine glatte Lüge. Aber die klassischen ZDF/ARD-Gläubigen werden sich kaum die Mühe machen, das zu überprüfen. Leider denken noch sehr viele Menschen, dass die Dinge stimmen müssen, wenn sie von den öffentlich-rechtlichen verbreitet werden. Das ist leider nicht so.

Meinungszensur

Artikel 5 des Grundgesetzes: »Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild zu äußern und zu verbreiten (. . .) Eine Zensur findet nicht statt.«

Kritische Meinungen finden weder in der öffentlichen Presse noch bei den öffentlich-rechtlichen Sendern einen Platz. Es bleibt nur der Weg, auf die sozialen Medien auszuweichen, um die Menschen aufzuklären, insbesondere auf YouTube. Doch auch hier gilt die Meinungsfreiheit nicht mehr. Es gibt so einige Videos, die ungestraft Lügen, Hass und Hetze enthalten, bei denen YouTube offensichtlich kein Problem sieht. Ein Interview mit dem österreichischen Fernsehsender Servus-TV zum Thema Corona wird hingegen gelöscht. Aus welchen Gründen, wird nicht verraten. So geschieht es mit vielen Videos, die sich kritisch mit dem Thema beschäftigen. Susan Wojcicki, CEO von YouTube, sagte in einem Interview(201): »*Alles, was gegen die Empfehlungen der WHO verstößt, würde einen Verstoß gegen unsere Richtlinien darstellen. Daher ist das Entfernen ein weiterer wirklich wichtiger Teil unserer Richtlinien*.« Aha. Die WHO, die für die Schweinegrippe-Fake-Pandemie 2009 verantwortlich war? Die WHO, die die COVID-19-Mortalität bekanntermaßen um ein Vielfaches zu hoch eingeschätzt hat und mit dieser und anderen Fehlmeldungen die Welt in die Krise getrieben hat? Diese WHO gibt den Maßstab vor, was man sagen darf?

Auch WhatsApp reagiert: Die Weiterleiten-Funktion wird eingeschränkt. Warum: weil in der Corona-Krise die Ausbreitung von Fake News eingedämmt werden soll. Nun, wer bestimmt denn aber, was Fake News sind? Haben wir nicht ein Problem, wenn unsere Regierung selbst Fake News verbreitet? … Wir erinnern uns: Am 14. März warnt das Gesundheitsministerium über Twitter:

»Achtung Fake News! Es wird behauptet, die Bundesregierung würde bald massive weitere Einschränkungen des öffentlichen Lebens ankündigen. Das stimmt NICHT!«

Zwei Tage später wurden massive weitere Einschränkungen des öffentlichen Lebens angekündigt.

Apropos Fake News

Für die »Fake News« gilt in Deutschland inzwischen eine neue Definition:

Fake News = alles, was die Bundesregierung gerade nicht hören möchte.

Auch für »Verschwörungstheoretiker«, ein Wort, dass in Corona-Zeiten inflationär wird.

Verschwörungstheoretiker = jemand, der etwas behauptet, was der Bundesregierung gerade nicht passt.

Nach diesen Definitionen wird von den Medien entsprechend berichtet. Nehmen wir ein Beispiel:

Ende Januar äußert sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zum ersten Corona-Virus-Infizierten Deutschlands: »*Es sei weniger das Virus, das ihn beunruhige, als die Vielzahl an Fake News und Verschwörungstheorien, die dazu im Umlauf seien*.«

Es würde glatt verbreitet werden, dass das Virus gefährlich sei!

Die Öffentlich-Rechtlichen setzen alles dran, diese Auffassung in der Wahrnehmung der Bevölkerung zu transportieren. Das BR-Fernsehen bringt beispielsweise einen Bericht »Wie ein Virus alle Vernunft zerstört«(202). Text: Das Corona-Virus hat Deutschland erreicht. Bisher verläuft die Krankheit bei den Infizierten harmlos. Bei Verschwörungstheoretikern und Populisten steigt die Fieberkurve hingegen steil an.

Message: Das Virus ist gar nicht so gefährlich!

Dann, einige Wochen später: Die Regierung ändert ihren Kurs, die Medien auch.

Jetzt heißt es: Vermeintlich seriöse Wissenschaftler, die die zur Eindämmung des Virus beschlossenen Maßnahmen für falsch und übertrieben halten, würden glatt behaupten, das neuartige Corona-Virus SARS-CoV-2 sei gar nicht so gefährlich!

Offiziell heißt es, man hätte sich der »veränderten Datenlage« angepasst. Das stimmt nicht, ganz im Gegenteil. Tatsächlich haben sich Politiker und Medien wie die Fahne mit dem Wind gedreht. Die Datenlage wurde dabei leider völlig ignoriert.

Aber für Panikmache in Corona-Zeiten ist alles erlaubt. Der US-Medienkanal CBS fliegt allerdings auf, als sie Bilder aus Italien als Schreckensbilder von New York verkaufen wollen(203).

Der englische Professor John Oxford, einer der weltweit bekanntesten Virologen, sagte zur Corona-Krise(204):

Persönlich würde ich sagen, dass der beste Rat darin besteht, weniger Zeit mit Fernsehnachrichten zu verbringen, diese sind »sensationell«, aber

nicht sehr gut. Persönlich sehe ich diesen Covid-Ausbruch als eine Art schwere Influenza-Epidemie im Winter an.

Wir leiden unter einer Medien-Epidemie!

Der deutsche Gutbürger und das Versagen der Politik

»Es ist leichter, eine Lüge zu glauben, die man tausendmal hört, als die Wahrheit, die man nur einmal hört.« (Abraham Lincoln)

Eine Spaltung im Land hatten wir schon einmal – zu Zeiten der Flüchtlingsfrage. Die Meinungen dazu gingen weit auseinander. Da war die Rede von Wutmenschen und Gutbürgern.

Dieses Mal ist es sehr viel schlimmer. Freundschaften zerbrechen. Menschen stehen sich unversöhnlich gegenüber. Reden übereinander, gegeneinander – aber nicht miteinander. Die einen treibt die Sorge um die Kollateralschäden, die anderen sehen sich als Verfechter der Rechte der Alten, die der Wirtschaft geopfert werden sollen.

Ein Kommentar aus einem Lokalblatt zu der Ansprache der Bundeskanzlerin und der Entscheidung zur Verlängerung des Lockdowns:

»*Ich war sehr erleichtert. Erleichtert darüber, dass wir anscheinend alles richtig gemacht haben mit unserem Abstandhalten, unserem Verzicht, Freunde zu treffen, die Familie zu besuchen und überhaupt. Ich war sehr erleichtert, dass wir das auch in Zukunft so beibehalten werden.*« Leider keine Einzelmeinung.

Der Medien-Epidemie sind sehr viele zum Opfer gefallen.

Der Psychologe und Risikoforscher Prof. Gerd Gigerenzer erklärte dazu in einem Interview(196):

Es ist leicht, in uns Angst vor Schockrisiken auszulösen – also vor Situationen, in denen plötzlich viele Menschen in einem kurzen Zeitraum ums Leben kommen. Das neue Corona-Virus könnte ein derartiges Schockrisiko sein, genauso wie Flugzeugabstürze, Terroranschläge oder andere Pandemien. Wenn dagegen Menschen verteilt über das Jahr sterben, macht uns das kaum Angst, selbst wenn deutlich mehr Tote zu beklagen sind.

In der Tat. Wir schauen, ganz ohne dass irgendwelche Maßnahmen irgendetwas bewirkt hätten, am Ende der Epidemie auf weit, weit weniger als

10.000 sogenannte »Corona-Tote«.

In Deutschland sterben jedes Jahr ungefähr 950.000 Menschen.

Davon 350.000, also mehr als ein Drittel, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 230.000 an Krebs.

Von diesen fast 600.000 Toten würden sich sehr, sehr, sehr viele vermeiden lassen. Wenn unsere Bundesregierung mal was Sinnvolles tun würde. Zum Beispiel Aufklärung betreiben – schon in den Schulen, aber auch für die gesamte Bevölkerung: wie wichtig Bewegung ist und gesunde Ernährung, wie gefährlich Übergewicht ist, wie gefährlich Zigaretten sind etc. etc. etc. Wir hätten Tausende Tote jedes Jahr weniger. Auch weniger Tote an Atemwegsinfektionen, bei denen ein kleines Virus vielleicht ein Fass zum Überlaufen bringt, weil die Fässer dann einfach gar nicht so voll wären. Das gilt nicht nur für die verschiedenen Corona-Viren, das gilt auch für alle möglichen anderen Viren (Adenoviren, Influenza-Viren, Parainfluenza-Viren etc. …), die das schon immer taten und auch in Zukunft tun werden.

Warum haben unsere Politiker versagt?

Ein Kollege meinte, als er die Dinge verstanden hatte:

»Das kann doch nicht sein, es würde entweder bedeuten, dass unsere Regierung und ihre Berater total dumm oder inkompetent sind – oder dass, falls sie nicht dumm sind, eine Absicht dahinterstecken MUSS. Wie sonst kann man das alles erklären?

Nun, einer der letzten Politiker, die noch Format hatten, Helmut Schmidt, sagte mal: *»Die Dummheit von Regierungen sollte niemals unterschätzt werden.«* Sicher, er hatte recht. Aber SO dumm? Wirklich? Das kann man und mag man auch nicht glauben. Dann würde nur das Zweite bleiben. Und da wundern sich die Politiker, dass mit einmal »Verschwörungstheorien« wie Pilze aus dem Boden schießen.

Warum hat unsere Regierung andere Meinungen ignoriert und Entscheidungen ohne Grundlage völlig willkürlich getroffen? Warum hat unsere Regierung nicht im Sinne des Wohls des deutschen Volkes gehandel?

Laut Prof. Johan Giesecke wollten die Politiker die Pandemie nutzen, um sich zu profilieren, und waren dafür durchaus bereit, Maßnahmen umzusetzen, die wissenschaftlich nicht begründet waren(172).

»Politiker wollen Handlungsfähigkeit, Entscheidungskraft und vor allem

Stärke demonstrieren. Mein bestes Beispiel dafür ist, dass in asiatischen Ländern Gehsteige mit Chlorin besprüht werden. Das ist völlig nutzlos, aber es zeigt, dass die Behörden und der Staat etwas tun, und das ist für Politiker sehr wichtig.«

Hinweise darauf, dass das stimmen könnte, bekommen wir aus Österreich:

Die österreichische Regierung hat bei ihrem Krisenmanagement in der Corona-Krise nicht auf die Expertise der eigenen Wissenschaftler und Beamten vertraut. Aus einem Gesprächsprotokoll ging hervor, dass Bundeskanzler Sebastian Kurz bei der Umsetzung der rigiden Maßnahmen auf Angst statt auf Aufklärung setzte, um der Bevölkerung wirtschaftliche und soziale Zumutungen verkaufen zu können(205).

Könnte es sein, dass es in Deutschland ähnlich war …?

Verbreitung von Angst und Schrecken über die Medien, um die Bevölkerung glauben zu lassen, dass unsere Regierung mit ihrem völlig irrationalen unverhältnismäßigen Aktivismus richtig gehandelt hat?

Warum kam eigentlich so wenig Kritik aus der Wirtschaft am Kurs der Regierung?

Der Börsenprofi Dirk Müller erklärte in einem YouTube-Video sehr schön, warum für viele in der Wirtschaft die Pandemie ein Segen war(206). Kurz (weil immer die gleiche Geschichte): Die Großen gewinnen, die Kleinen verlieren. Konzerne werden am Ende gerettet, aber viele kleine, mittlere Unternehmen und Selbstständige werden ruiniert. Finanzprofessor Stefan Homburg nannte es »das größte Umverteilungsprogramm in Friedenszeiten«. Verlieren würde der Steuerzahler(207).

Warum kam eigentlich so wenig Kritik aus den Reihen der Wissenschaftler?

Man sollte nicht naiv sein, die Wissenschaft ist genauso korrupt wie die Politik. Die EU stellt zehn Millionen Euro für die Erforschung des neuen Corona-Virus bereit. Jeder, der an diesem Virus forschen möchte, darf sich um die Gelder bewerben. So werden wir bald sehr viele nutzlose Informationen über SARS-CoV-2 haben. Großartig: Auch für die Entwicklung des vermeintlich die Welt errettenden Impfstoffs werden diese Forschungsarbeiten ihren höchst verdienstvollen Beitrag leisten.

Und wenn die nächste Pandemie ausgerufen wird, stehen die berühmten Forscher Gewehr bei Fuß, um uns wieder zu helfen.

Da ist es nicht unbedingt hilfreich, auf die relativ geringe Gefährlichkeit des Virus hinzuweisen.

Fazit

Es ist die Pflicht der Regierung, dem Wohle des deutschen Volkes zu dienen.

Es ist die Pflicht der Opposition, die Regierung zu kontrollieren und an ihre Aufgabe zu erinnern.

Es ist die Pflicht der Presse, durch kritische Berichterstattung die Öffentlichkeit sorgfältig zu informieren und die Wahrheit und Menschenwürde zu achten.

Es ist die Pflicht der »Wissenden« (in diesem Fall der Ärzte und Wissenschaftler), ihre Stimme zu erheben und evidenzbasierte Entscheidungen einzufordern.

Jeder, der nicht seiner Pflicht nachgekommen ist, trägt eine Mitschuld an den Kollateralschäden der Corona-Krise 2020.

Quo vadis?

»You can fool all the people some of the time, and some of the people all the time, but you cannot fool all the people all the time.« (Abraham Lincoln)

Wie schon an anderer Stelle festgestellt, haben die zuständigen Behörden, unsere Politiker und ihre Berater bei sämtlichen Infektionsgeschehnissen der letzten Jahrzehnte eine wahrlich unrühmliche Rolle gespielt, angefangen bei BSE, Schweinegrippe, EHEC bis hin zu COVID-19. Aus Fehlern wurde an keiner Stelle gelernt. Das lässt die Hoffnung schwinden, dass es in Zukunft anders sein wird. Ganz im Gegenteil. Während wir bei der Schweinegrippe »nur« Steuergelder sinnlos an die Pharmaindustrie umverteilt haben, wurden dieses Mal Existenzen vernichtet, das Grundgesetz mit Füßen getreten, der Bevölkerung die Grundrechte praktisch entzogen. Grundrecht auf Meinungsfreiheit, Bewegungsfreiheit, auf Freizügigkeit, auf Versammlungsfreiheit, auf Religionsfreiheit, auf die Berufsfreiheit, auf Eigentum und vieles mehr. In der Verfassung verankert ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit: Ein staatlicher Eingriff in die Grundrechte muss geeignet sein, das angestrebte Ziel zu erreichen.

Das war nie der Fall. Und das war schlecht.

Es ist knapp 90 Jahre her, dass der kritische, freie Journalismus abgeschafft wurde und die Medien zum verlängerten Arm des Staates wurden.

Es ist knapp 90 Jahre her, dass die Meinungsfreiheit abgeschafft wurde und die Volksmeinung gleichgeschaltet wurde.

Es ist knapp 90 Jahre her, dass es eine mediengesteuerte Massenhysterie gab.

Wenn wir aus den dunkelsten Zeiten unserer Geschichte eins gelernt haben sollten, dann doch dieses: Wir dürfen nie wieder gleichgültig sein und wegschauen. Schon gar nicht, wenn unsere Regierung die demokratischen Grundrechte aussetzt. Dieses Mal stand nur ein gewöhnliches Virus vor der Tür, und was haben wir erlebt:

- medial geschürte Massenhysterie
- Willkür der politischen Entscheidungen
- massive Einschränkung der Grundrechte
- Zensur der Meinungsfreiheit
- Gleichschaltung der Medien
- Diffamierung anders Denkender
- Denunziantentum

Wer sich da nicht an eine Diktatur erinnert fühlt, hat im Geschichtsunterricht geschlafen. Es bleiben Bauchschmerzen, es bleiben ein Unbehagen und eine tiefe Beunruhigung. Auch weil es so schnell ging, auch weil so viele durchaus intelligente Menschen in so kurzer Zeit zu Lemmingen geworden sind.

Der renommierte Virologe Pablo Goldschmidt sagte(208): »Wir sind alle eingesperrt. In Nizza gibt es Drohnen, die den Menschen von der Luft aus Bußgelder aufbrummen. Wie weit ist es mit dieser Überwachung gekommen? Man muss jetzt Hannah Arendt lesen und sehr genau die damaligen Ursprünge des Totalitarismus anschauen.« Er hält fest: *»Wenn man der Bevölkerung Angst macht, kann man alles mit ihr machen.«*

Offensichtlich hat er recht. Klar ist: Es gäbe viel aufzuarbeiten. Wir sollten alle darauf bestehen, dass es auch getan wird. Die Corona-Viren haben sich für diese Saison zurückgezogen, das Thema verschwindet aus den Schlagzeilen und der Öffentlichkeit – und bald auch aus den Köpfen. Wenn wir, das Volk, nicht einfordern, dass die Verfehlungen der Corona-Politik in allen Bereichen thematisiert werden, wird von unseren Machthabern ein Mantel der Verschleierung darübergelegt werden.

Irgendeine neue Bedrohung kann immer wieder vor der Tür stehen. Das einzig Positive an dieser Krise ist, dass sehr viele Menschen in der Bevölkerung inzwischen aufgewacht sind. Sehr viele Menschen haben realisiert, dass öffentlich-rechtliche Medien und Politiker gemeinsam agieren und sich auch in unguten Sachen gegenseitig unterstützen. Man kann nur hoffen, dass in Zukunft mahnende Stimmen der Vernunft lauter sind und nicht noch einmal im Säbelrasseln der zuständigen Politiker untergehen.

Schlusswort

Die durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelöste Erkrankung gefährdet insbesondere ältere Menschen mit mindestens einer ernsten Vorerkrankung. Je nach Land und Region verlaufen insgesamt 0,02 bis 0,4 % der Infektionen tödlich, vergleichbar mit saisonaler Grippe. Die Epidemie stellte nie ein Infektionsgeschehen von nationaler Tragweite dar. Die Implementierung der Ausnahmeregelungen des Infektionsschutzgesetzes waren und sind unbegründet. Spätestens Mitte April 2020 war zudem offenbar, dass sich die Epidemie dem Ende zuneigte und dass die Extremmaßnahmen immense Kollateralschäden in allen Lebensbereichen verursacht hatten, wie auch nicht anders zu erwarten. Trotzdem beharrten Bundes- und Landesregierungen auf ihrem Kurs der Unverhältnismäßigkeit und der Ignoranz, der für viele Menschen nicht mit der Verfassung einer freien Demokratie vereinbar erscheint.

Nun stehen wir vor einem riesigen Trümmerhaufen. So unnötig, so sinnlos, so traurig.

Geschichte wiederholt sich. Die Hoffnung stirbt zuletzt.

Unsere letzte Hoffnung: Möge dieses kleine Buch dazu beitragen, dass sich Geschichte nicht wiederholt.

Anhang

Allgemeine Anmerkung

Alle angegebenen Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen zusammengetragen worden und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie entsprechen dem aktuellen Kenntnisstand bis Mai 2020. Wenn nicht anders angegeben, stammen die gezeigten Daten vom RKI bzw. der Johns Hopkins University https://coronavirus.jhu.edu/us-map oder Worldometer

https://www.worldometers.info/coronavirus/.

Definitionen

Der Begriff Mortalität (Sterblichkeit, Todesrate, Sterblichkeitsrate, Sterberate) bezeichnet das Verhältnis der Todesfälle zur Gesamtanzahl der Individuen.

Der Begriff Letalität bezeichnet das Verhältnis der Todesfälle zur Anzahl der Erkrankten.

Da es bei COVID-19 viele infizierte, aber nicht erkrankte Menschen gibt, ist der Begriff hier nicht korrekt. Da sich die Infektionsepidemiologie früher zu Recht nicht mit Krankheiten beschäftigt hat, bei denen bis zu 80 % der Infizierten kaum/keine Symptome haben und nur wenige versterben, ist es schwierig mit der Begrifflichkeit.

Relativ korrekt wäre das furchtbare Wort »Fall-Verstorbenen-Anteil« (Case-fatality rate) zu verwenden – wobei »Fall« dann schlicht definiert wäre mit »SARS-CoV-2-positiv« (tatsächlich ist ein »Fall/Case« ursprünglich auch definiert als eine Erkrankung). Einfachheitshalber sprechen wir im Text in erster Linie von Sterblichkeit und Sterblichkeitsrate bzw. verwenden bei Zitaten die entsprechenden Begriffe der Originalberichte. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass es in diesem Buch bei COVID-19 immer um den Anteil an Todesfällen zur Anzahl der Infizierten geht. Wir erheben im

Text keinen Anspruch auf 100 % korrekte Begrifflichkeit. Das macht das RKI auch nicht.

Referenzen

(1) https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

(2) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32081636

(3) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919120301977?via%3Dihub

(4) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966842X16000718

(5) https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9

(6) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972

(7) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23977429

(8) https://www.nhs.uk/conditions/sars/

(9) https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/

(10) https://www.tagesspiegel.de/wissen/drohen-in-deutschland-italienische-verhaeltnisse-coronavirus-laesst-in-italien-aerzte-verzweifeln-entscheidungen-wie-in-kriegszeiten/25632790.html

(11) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002l_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf

(12) https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

(13) https://www.n-tv.de/panorama/Corona-Tests-werden-Geheimwaffe-article21678629.html

(14) https://twitter.com/c_drosten/status/1249800091164192771

(15) https://www.handelsblatt.com/dpa/konjunktur/wirtschaft-handel-und-finanzen-covid-test-an-papaya-who-weist-kritik-von-tansanias-praesident-zurueck/25811710.html?ticket=ST-4584091-GTbNWIUBCWZf7Z7Ds4SK-ap6

(16) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32219885

(17) https://www.n-tv.de/panorama/Corona-Tests-werden-Geheimwaffe-article21678629.html

(18) https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/gesellschaft/mein-schiff-quarantaene-cuxhaven-100.html

(19) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112809/Wenig-Infektionen-beim-Charite-Personal

(20) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13222

(21) https://c.gmx.net/@824224682608695698/cI1TagSeQmi0WlXK-m8vWA

(22) https://www.tagesschau.de/investigativ/corona-tests-rki-101.html

(23) https://www.tagesspiegel.de/wissen/zwischenergebnis-zur-coronavirus-uebertragung-das-sind-die-ersten-lehren-der-heinsberg-studie/25730138.html

(24) https://www.focus.de/gesundheit/news/hoffe-dass-wir-daraus-nur-wenig-ueber-corona-lernen-statistikerin-zerlegt-heinsberg-studie-keine-transparenz-kein-wissenschaftlicher-standard_id_11881853.html

(25) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v1

(26) https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1375

(27) https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9407-covid-dp-fe-01.html

(28) https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180

(29) https://edition.cnn.com/2020/04/01/europe/iceland-testing-coronavirus-intl

(30) https://www.spiegel.de/wissenschaft/coronavirus-erster-todesfall-in-schleswig-holstein-a-6db5f0b0-b662-45b0-bdb4-603684d4dc92

(31) https://www.morgenpost.de/vermischtes/article228994571/Rechtsmediziner-Alle-Corona-Toten-hatten-Vorerkrankungen.html

(32) https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-2003

(33) https://www.dw.com/de/coronavirus-was-die-toten-%C3%BCber-COVID-19-verraten/a-53287713

(34) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia

(35) https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-18/99-of-those-who-died-from-virus-had-other-illness-italy-says

(36) https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/have-many-coronavirus-patients-died-italy/

(37) https://www.nbcnews.com/news/world/official-coronavirus-death-tolls-are-only-estimate-problem-n1183756

(38) https://www.tagesanzeiger.ch/warum-belgien-die-hoechste-todesrate-weltweit-hat-825753123788

(39) https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054361

(40) https://grippeweb.rki.de/

(41) https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid-19.pdf?sfvrsn=96b04adf_4

(42) https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html

(43) https://www.aerztezeitung.de/Medizin/30000-Tote-die-kanns-auch-bei-

saisonaler-Grippe-geben-371174.html

(44) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewelle-war-toedlichste-in-30-Jahren

(45) https://www.augsburger-allgemeine.de/wissenschaft/Gesundheitsministerin-erklaert-Grippewelle-2018-in-Bayern-fuer-beendet-id42750551.html

(46) https://de.euronews.com/2020/05/05/coronavirus-in-deutschland-sterberate-steigt-rki-erwartet-zweite-welle

(47) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.02.20088898v1

(48) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079822v2

(49) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.27.20082289v1

(50) https://www.businessinsider.com/coronavirus-test-200-chelsea-massachusetts-finds-32-percent-exposed-2020-4?r=DE&IR=T

(51) https://www.boston.gov/news/results-released-antibody-and-covid-19-testing-boston-residents

(52) https://www.isciii.es/Noticias/Noticias/Paginas/Noticias/PrimerosDatosEstudi

(53) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v1

(54) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1

(55) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.14.20062463v2

(56) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.24.20075291v1

(57) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.08.20095059v2

(58) https://pressroom.usc.edu/preliminary-results-of-usc-la-county-covid-19-study-released/

(59) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20040915v4

(60) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.20083485v1

(61) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.20.20072892v2

(62) https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30243-7/fulltext

(63) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.12.20022434v2

(64) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20031773v2

(65) https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/grippe/komplikationen/

(66) https://www.donaukurier.de/nachrichten/panorama/103-jaehrige-Italienerin-erholt-sich-von-Covid-19;art154670,4548023

(67) https://www.gmx.net/magazine/panorama/113-jaehrige-spanierin-ueberlebt-coronavirus-infektion-34698438

(68) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsb
05-22-de.pdf?__blob=publicationFile

(69) https://info.gesundheitsministerium.at/dashboard_GenTod.html

(70) https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/covid-19-daily-deaths/

(71) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsb

(72) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia

(73) https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nC
China/documentos/Actualizacion_96_COVID-19.pdf

(74) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001468?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

(75) https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong#

(76) https://www.fr.de/panorama/coronavirus-SARS-CoV-2-sterberate-italien-deutlich-hoeher-rest-welt-zr-13604897.html

(77) https://www.ilsole24ore.com/art/coronavirus-contagiati-reali-in-italia-sono-almeno-100mila-ADnzowD?refresh_ce=1

(78) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia

(79) https://www.thetimes.co.uk/article/coronavirus-record-weekly-death-toll-as-fearful-patients-avoid-hospitals-bm73s2tw3

(80) https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/two-new-waves-deaths-break-nhs-new-analysis-warns/

(81) https://www.nytimes.com/2018/01/03/world/europe/uk-national-health-service.html

(82) https://www.theguardian.com/politics/2018/may/21/health-services-overloaded-despite-support-pledges-claims-report

(83) https://www.theguardian.com/society/2019/nov/24/nhs-winter-crisis-thousands-eu-staff-quit

(84) https://time.com/5107984/hospitals-handling-burden-flu-patients/

(85) https://www.statnews.com/2018/01/15/flu-hospital-pandemics/

(86) https://off-guardian.org/2020/04/02/coronavirus-fact-check-1-flu-doesnt-overwhelm-our-hospitals/

(87) https://www.elmundo.es/ciencia/2017/01/12/58767cb4268e3e1f448b459a.htm

(88) https://www.huffingtonpost.es/2017/01/13/gripe-colapso-hospitales_n_14135402.html

(89) https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-f5d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml?refresh_ce-cp

(90) https://www.tagesschau.de/inland/antibiotika-keime-resistent-101.html

(91)
https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248981/umfrage/altersstruktur-in-den-eu-laendern/

(92) https://www.swp.de/panorama/coronavirus-italien-aktuell-wieso-sterben-in-italien-so-viele-an-corona-wieso-hat-italien-so-viele-infizierte-zahlen-tote-gruende-45080326.html

(93)
https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764369

(94) https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/luftverschmutzung-beim-smog-ist-italien-das-china-europas/12668866.html

(95) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/91110/E88700.pdf

(96) https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201810-691OC?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&

(97) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054502v2

(98) https://www.br.de/nachrichten/bayern/trauer-in-corona-zeiten-mehr-anzeigen-und-feuerbestattungen,RxZCWs0

(99) https://www.fr.de/politik/coronavirus-corona-krise-usa-notarzt-lage-new-york-bronx-zr-13762623.html

(100) https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-rki-italien-100.html

(101) https://www.bz-berlin.de/berlin/charite-chefvirologe-warnt-vor-dramatischer-corona-welle-im-herbst

(102) https://www.tagesspiegel.de/politik/coronavirus-in-europa-letalitaet-in-deutschland-30-mal-niedriger-als-in-italien-wie-ist-das-moeglich/25626678.html

(103) https://twitter.com/bmg_bund/status/1238780849652465664

(104) https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/

(105) https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/coronavirus-studie-london-101.html

(106) http://www.rationaloptimist.com/blog/lockdown-and-mathematical-guesswork/

(107) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111209/Exponentielles-Wachstum-RKI-mahnt-eindringlich-zum-Abstandhalten

(108)
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellieru
__blob=publicationFile

(109) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111286/Deutsche-Krankenhaeuser-nehmen-COVID-19-Patienten-aus-Italien-und-Frankreich-auf

(110) https://c.gmx.net/@824224682608695698/cI1TagSeQmi0WlXK-m8vWA

(111)
https://www.welt.de/politik/deutschland/article206895285/Coronavirus-So-weit-ist-Deutschland-von-Merkels-Zielvorgabe-entfernt.html

(112) https://www.zdf.de/nachrichten/politik/f21-corona-dokument-innenministerium-100.html

(113) https://www.capital.de/wirtschaft-politik/innenministerium-warnt-vor-wirtschaftscrash

(114) http://dx.doi.org/10.25646/6692.2

(115) https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/fehlplanung-der-politik-in-den-kliniken-stehen-betten-leer-16725981.html

(116) https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-1342?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&

(117) https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak

(118) https://www.researchgate.net/publication/340570735_Masks_Don‹t_Work_A19_social_policy

(119) https://infekt.ch/2020/04/atemschutzmasken-fuer-alle-medienhype-oder-unverzichtbar/

(120) https://www.n-tv.de/panorama/Drosten-warnt-vor-zweiter-Corona-Welle-article21726926.html

(121) https://www.welt.de/gesundheit/article2295849/Erst-Bakterien-fuehrten-zur-toedlichen-Katastrophe.html

(122) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386653218300325?via%3Dihub

(123) https://jcm.asm.org/content/36/2/539.long

(124) https://www.washingtontimes.com/news/2020/apr/28/coronavirus-hype-biggest-political-hoax-in-history/

(125) https://www.welt.de/wissenschaft/article207456203/Coronavirus-Stefan-Homburg-und-die-Grafik-ueber-die-Deutschland-spricht.html

(126) https://www.stern.de/gesundheit/news-im-video--drosten-warnt---deutsche-koennten-corona-vorsprung-verspielen-9236028.html

(127) https://www.msn.com/de-de/nachrichten/coronavirus/rki-warnt-in-coronavirus-krise-reproduktionszahl-wieder-über-kritischem-wert-1/ar-BB13RlEi?ocid=spartandhp

(128) https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/coronaviren-uebersterblichkeit-COVID-19-statistisches-bundesamt-1.4893709

(129) https://www.nordkurier.de/politik-und-wirtschaft/seehofer-stellt-corona-kritiker-kalt-1439370305.html

(130) https://www.bild.de/regional/berlin/berlin-aktuell/corona-klinik-in-berlin-fertig-knapp-500-betten-im-stand-by-modus-70577074.bild.html

(131) https://www.deutschlandfunk.de/corona-notfallplaene-in-krankenhaeusern-wir-haben-genug.676.de.html?dram:article_id=472287

(132) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastung-deutscher-Krankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich

(133) https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/corona-epidemie-rki-zahl-der-intensivbetten-wird-nicht-reichen/25712008.html?ticket=ST-3691123-xCgN9jb0yWPZsyeB97s7-ap5

(134) https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/krankenhaeuser-kurzarbeit-101.html

(135) https://eu.usatoday.com/story/news/health/2020/04/02/coronavirus-pandemic-jobs-us-health-care-workers-furloughed-laid-off/5102320002/

(136) https://off-guardian.org/2020/05/06/covid19-are-ventilators-killing-people/

(137) https://www.doccheck.com/de/detail/articles/26271-COVID-19-beatmung-und-dann

(138) https://www.dailymail.co.uk/news/article-8262351/Nurse-New-York-claims-city-killing-COVID-19-patients-putting-ventilators.html

(139) https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/beatmung-101.html

(140) https://www.vpneumo.de/fileadmin/pdf/f2004071.007_Voshaar.pdf

(141) https://www.mdr.de/wissen/so-funktioniert-beatmung-intensivstation-corona-100.html

(142) https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations

(143) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973

(144) https://www.cell.com/pb-assets/journals/research/cell-host-microbe/PDFs/chom_2285_preproof.pdf

(145) https://www.deutschlandfunk.de/palliativmediziner-zu-COVID-19-behandlungen-sehr-falsche.694.de.html?dram:article_id=474488

(146) https://www.nytimes.com/2020/03/20/opinion/coronavirus-pandemic-social-distancing.html

(147) https://www.facebook.com/cnn/posts/10160799274796509

(148) https://thehill.com/opinion/healthcare/494034-the-data-are-in-stop-the-panic-and-end-the-total-isolation

(149) https://www.tagesspiegel.de/politik/bundestagspraesident-zur-corona-krise-schaeuble-will-dem-schutz-des-lebens-nicht-alles-unterordnen/25770466.html

(150) https://www.swr.de/swraktuell/schaeuble-wertediskussion-zu-corona-100.html

(151) https://www.wider.unu.edu/publication/estimates-impact-COVID-19-global-poverty

(152) https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/usa-notenbank-fed-erwartet-dramatischen-einbruch-der-wirtschaft-16774864.html

(153) https://www.spiegel.de/wirtschaft/corona-krise-in-den-usa-der-auftakt-der-tragoedie-a-532f7a6b-3a0d-4a8f-a38d-db91ead7990b

(154) https://www.tagesschau.de/wirtschaft/corona-eurozone-rezession-101.html

(155) https://www.spiegel.de/wirtschaft/corona-krise-das-wird-ein-zangenangriff-auf-deutschlands-wohlstand-a-eaf27caa-342d-4aca-bcb1-e84b15ca5a2d

(156) https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/corona-krise-warum-die-arbeitslosigkeit-in-deutschland-steigt-16753941.html

(157) https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen Schutzschild/2020-03-13-Milliarden-Schutzschild-fuer-Deutschland.html

(158) https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/75-000-americans-at-risk-of-dying-from-overdose-or-suicide-due-to-coronavirus-despair-group-warns-1.4930801

(159) https://www.telegraph.co.uk/news/2020/05/07/australia-fears-suicide-spike-due-virus-shutdown/

(160) https://www.bz-berlin.de/ratgeber/coronavirus-lockdown-mehr-tote-durch-schlaganfaelle-infarkte-und-suizide-erwartet

(161) https://www.medicalnewstoday.com/articles/252985

(162) https://www.tagesspiegel.de/wissen/die-gesundheitlichen-folgen-des-lockdowns-jetzt-sind-es-30-prozent-weniger-herzinfarkte-doch-spaeter-werden-es-wohl-mehr/25834148.html

(163) https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.11746

(164) https://www.change.org/p/bundeskanzlerin-corona-sch%C3%BCtzen-sie-%C3%A4ltere-nicht-um-diesen-preis-selbstbestimmt-altern-und-sterben

(165) https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/2020/risiken-fuer-kinder-bei-eindaemmung-des-coronavirus/213060

(166) https://www.deutschlandfunkkultur.de/sozialethiker-kritisiert-lange-kitaschliessungen-kinder.1008.de.html?dram:article_id=474595

(167) https://www.focus.de/familie/eltern/meidinger-zu-schulschliessungen-deutschlands-lehrer-chef-ein-viertel-aller-schueler-abgehaengt_id_11878788.html

(168) https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-kinderschutz-jugendamt-100.html

(169) https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/un-warnt-auf-corona-folgt-die-hungersnot-16736443.html

(170) https://www.nature.com/articles/d41586-020-01011-6

(171) https://www.welt.de/wirtschaft/plus207258427/Schweden-als-Vorbild-Finanzwissenschaftler-gegen-Corona-Lockdown.html?ticket=ST-A-1309422-NghISRcCkH30TuFUa0V5-sso-signin-server

(172) https://www.addendum.org/coronavirus/interview-johan-giesecke/

(173) https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30095-X/fulltext

(174) https://www.augsburger-allgemeine.de/panorama/WHO-lobt-Sonderweg-Koennen-wir-vom-Modell-Schweden-lernen-id57329376.html

(175) https://www.youtube.com/watch?v=WFkMIlKyHoI

(176) https://www.tagesspiegel.de/wissen/von-hongkong-lernen-wo-die-coronavirus-pandemie-ohne-lockdown-bewaeltigt-wird/25752346.html

(177) https://www.japantimes.co.jp/news/2020/03/20/national/coronavirus-explosion-expected-japan/

(178) https://www.businessinsider.com/south-korea-coronavirus-testing-death-rate-2020-3?r=DE&IR=T

(179) https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publicati

(180) https://www.youtube.com/watch?v=bl-sZdfLcEk

(181) https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-COVID-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/

(182) http://pflegeethik-initiative.de/2020/04/15/corona-krise-falsche-prioritaeten-gesetzt-und-ethische-prinzipien-verletzt/

(183) https://www.fr.de/kultur/tv-kino/corona-talk-anne-will-ard-hart-trifft-neue-normalitaet-zr-13667631.html

(184) https://www.tagesschau.de/ausland/gates-corona-101.html

(185) https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1074-7613(16)30160-1

(186) https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30610-3

(187) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20061440v1

(188) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127275/

(189) https://www.deutschlandfunkkultur.de/weltgesundheitsorganisation-der-verhaengnisvolle-einfluss.1008.de.html?dram:article_id=386282

(190) https://www.deutschlandfunk.de/schweinegrippe-die-ruhe-vor-dem-sturm.709.de.html?dram:article_id=88702

(191) https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/schutz-vor-schweinegrippe-kanzlerin-und-minister-sollen-speziellen-impfstoff-erhalten-a-655764.html

(192) https://www.forbes.com/2010/02/05/world-health-organization-swine-flu-pandemic-opinions-contributors-michael-fumento.html#14467d5248e8

(193) https://link.springer.com/article/10.1007/s00430-009-0130-9

(194) https://www.sagamedia.de/produktionen/dokumentarfilme/profiteure-der-angst-%E2%80%93-das-gesch%C3%A4ft-mit-der-schweinegrippe

(195) https://www.infosperber.ch/Artikel/Medien/Corona-Medien-verbreiten-weiter-unbeirrt-statistischen-Unsinn

(196) https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/gerd-gigerenzer-im-interview-risikoforscher-erklaert-das-koennen-wir-gegen-die-angst-vor-dem-coronavirus-tun/25624846.html?ticket=ST-11166-DrdiCebSiMSo7MZNNphD-ap5

(197) https://off-guardian.org/2020/03/24/12-experts-questioning-the-coronavirus-panic/

(198) https://off-guardian.org/2020/03/28/10-more-experts-criticising-the-coronavirus-panic/

(199) https://rdl.de/beitrag/kritik-corona-berichterstattung-der-ffentlich-rechtlichen-medien

(200) https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-faktencheck-bhakdi-100.html

(201) https://www.businessinsider.com/youtube-will-ban-anything-against-who-guidance-2020-4?r=DE&IR=T

(202) https://www.br.de/mediathek/video/corona-panik-wie-ein-virus-alle-vernunft-zerstoert-av:5e334c6403c067001ad12096

(203) https://nypost.com/2020/04/01/cbs-admits-to-using-footage-from-italy-in-report-about-nyc/

(204) https://novuscomms.com/2020/03/31/a-view-from-the-hvivo-open-orphan-orph-laboratory-professor-john-oxford

(205) https://deutsch.rt.com/europa/102434-osterreich-experten-waren-gegen-lockdown/

(206) https://www.youtube.com/watch?v=Gf4y0HoEkCU

(207) https://www.rundblick-niedersachsen.de/finanz-professor-das-ist-das-groesste-umverteilungsprogramm-in-friedenszeiten/

(208) https://www.rubikon.news/artikel/der-corona-totalitarismus

Bildrechte Autorenfotos: Peter Pulkowski/Sucharit Bhakdi; Dagmar Blankenburg/Karina Reiß
Umschlaggestaltung: Alexandra Schepelmann/donaugrafik.at

ISBN: 978-3-99060-190-7

Friedrichstraße 191 • D-10117 Berlin
Telefon: +49 800 505 43 76-0

Goldegg Verlag GmbH, Österreich
Mommsengasse 4/2 • A-1040 Wien
Telefon: +43 1 505 43 76-0

E-Mail: office@goldegg-verlag.com
www.goldegg-verlag.com

Layout, Satz und Herstellung: Goldegg Verlag GmbH, Wien
Printed in the EU